EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr PAUL REYNIER

CHIRURGIEN DE LARIBOISIÈRE

PROFESSEUR AGRÉGÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

1, RUE CASSETTE, 1

—

1902

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne des hôpitaux, 1876.
Aide d'anatomie, 1878.
Prosecteur de la Faculté, 1879.
Docteur en médecine, 1880.
Chirurgien du Bureau central, 1882.
Professeur agrégé d'anatomie et de physiologie, 1883.
Chirurgien des Hôpitaux, 1888. Ivry, Tenon, Lariboisière.
Chargé du cours de clinique annexe de la Faculté à l'hôpital Lariboisière, 1896.

Membre de la Société Anatomique, 1879.
Membre de la Société Clinique, 1878.
Membre de la Société d'Anthropologie, 1883.
Membre de la Société de Chirurgie, 1888.
Membre et deux fois Président de la Société de Médecine et Chirurgie pratique, 1888.
Membre de la Société de Gynécologie, 1892.
Membre de la Société de Laryngologie, 1890.
Membre associé de la Société de Chirurgie de Bucarest, 1900.

ENSEIGNEMENT

1° Cours d'Anatomie comme prosecteur, professé à l'École pratique pendant les semestres d'hiver 1879, 1880, 1881, 1882.

2° Cours de Médecine opératoire, comme prosecteur, professé à l'École pratique, pendant les semestres d'hiver 1879, 1880, 1881, 1882.

3° Cours de Physiologie a l'École de Médecine, pendant deux semestres en remplacement de M. le professeur Béclard.

4° Conférences de Physiologie, pendant quatre ans comme professeur agrégé à l'École de médecine.

5° Cours de Clinique chirurgicale. Hôpital Lariboisière 1897, 1898, 1899, 1900, 1901.

J'ai essayé de donner au cours de Physiologie, que j'ai fait pendant six ans à l'École de Médecine, un caractère tout spécial.

Profitant de mes connaissances de chirurgien et de méde-

cin, j'ai surtout cherché à faire comprendre aux élèves par des exemples nombreux tirés de la clinique, combien les connaissances de physiologie pouvaient leur être profitables dans l'exercice de leur profession. Dans ce but, comme complément à ces leçons de physiologie normale, je leur montrais les troubles pathologiques qui se produisent par le fait de la maladie, et qu'on ne peut comprendre que lorsqu'on connaît la physiologie de l'individu.

C'est ainsi que la physiologie du cœur m'a permis de leur rappeler les symptômes des principales maladies du cœur. La physiologie de la digestion, des reins, m'a fourni des sujets de leçons physiologiques et cliniques, sur les troubles survenant quand ces deux fonctions sont atteintes.

Mais c'est surtout dans la physiologie des organes des sens, des systèmes nerveux, qu'à chaque instant je trouvais des applications à la pathologie, et que je trouvais de quoi prouver surabondamment aux élèves le côté pratique de cet enseignement à la Faculté de médecine. En consacrant spécialement des leçons aux anesthésiques, aux lésions de l'écorce cérébrale, de la moelle, aux plaies des nerfs, je montrais combien les observations sur les malades confirment souvent, et précèdent quelquefois les expériences de laboratoire.

A l'heure actuelle, mon enseignement clinique se ressent toujours des tendances de mon esprit vers la physiologie.

Dans toutes mes leçons, il y a un retour vers cette science, qui me permet souvent de donner la raison de certains symptômes, dont la signification sans elle serait méconnue.

Aussi, dans un certain nombre de travaux personnels que j'ai pu publier, on retrouvera souvent cette union du

physiologiste et du médecin, qui s'est faite en moi, et l'observation clinique recueillie à l'hôpital a été le point de départ d'expéiiences qui m'ont ramené au laboratoire, et qui m'y retiennent encore.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

1. — **Expériences relatives au choc péritonéal**. En collaboration avec M. Ch. Richet. (Académie des Sciences, 1880.)

Dans ce travail basé sur des expériences physiologiques, nous avons recherché les causes de l'hypothermie, qui amène la mort dans cet état pathologique, décrit par Gubler sous le nom de péritonisme, et dû aux lésions du péritoine.

Nous avons démontré que cette hypothermie n'était pas due à la dilatation exagérée des capillaires de la périphérie, ou au défaut d'hématose, mais à la diminution des processus chimiques caloriques des tissus, diminution qui est la conséquence de l'épuisement nerveux général.

Cet état d'hypothermie étant comparable à celui des animaux dont on a coupé la moelle dorsale, nous arrivons à cette conclusion que l'excitation exagérée de la moelle amène les mêmes résultats que sa paralysie. Tout agent anesthésique qui empêche cette excitation de la moelle par les nerfs péritonéaux lésés, retarde les phénomènes d'hypothermie. D'où cette conclusion thérapeutique importante :

dans toute lésion du péritoine, insister sur les agents anesthésiques.

2. — **Des nerfs du cœur**. (Thèse d'agrégation ; Anatomie et Physiologie ; brochure de 170 pages.)

Il serait difficile de donner une analyse de ce travail représentant un exposé complet des notions de l'époque sur l'anatomie et la physiologie des nerfs du cœur.

On y trouvera consignées les recherches alors toutes récentes de plusieurs anatomistes et physiologistes, recherches qui n'avaient été publiées dans aucun traité didactique.

J'ai pu ainsi, dans plusieurs chapitres, faire un exposé tout nouveau de la question.

Je signalerai tout particulièrement :

1° Au point de vue anatomique : l'étude des terminaisons nerveuses et des ganglions cardiaques.

2° Au point de vue physiologique :

1° L'étude du système nerveux intracardiaque, du rôle des ganglions et de leur influence sur la contraction cardiaque. L'analyse des travaux d'Eckardt, d'Heidenheim, de MM. Dastre et Morat, Ranvier, Vulpian m'amène à ces conclusions qui n'avaient été nulle part nettement formulées : Le système ganglionnaire, vis-à-vis du muscle cardiaque, est un centre intermédiaire qui, dans un état de tonus habituel, provoque la contraction du cœur; il n'agit que sur l'apparition de cette contraction, mais ne lui donne pas *son caractère rythmé*, *qui est une propriété* de la fibre cardiaque.

2° L'étude du pneumogastrique. Mettant à profit un travail encore inédit de MM. Dastre et Morat, il m'a été possible d'entrer dans la discussion des différentes opinions et des différentes expériences, qui ont été publiées pour approfondir le mécanisme intime de l'action inhibitrice de ce nerf sur le cœur.

Or, contrairement à l'opinion généralement admise, nous appuyant sur les expériences de MM. Dastre et Morat, nous avons fait connaître ce fait physiologique important : quelle que soit la nature ou la force de l'excitant du bout périphérique du pneumogastrique, on obtient un arrêt du cœur. Il suffit de se mettre, quand l'excitation est faible, dans des conditions spéciales, pour que cette action puisse se produire; c'est-à-dire le refroidissement, les pertes hémorragiques, l'asphyxie, qui affaiblissent le système accélérateur antagoniste, et l'empêchent d'entraver l'action du système inhibiteur.

3° L'étude de l'action des anesthésiques sur les nerfs du cœur, question si importante pour la chirurgie et tout dernièrement encore mise à l'ordre du jour, etc., etc.

Cette thèse pendant longtemps est restée un travail classique, dont ont profité de nombreuses générations de concurrents pour l'internat.

3. — Contributions à l'étude de l'articulation scapulo-humérale.
(*Journal d'Anatomie et Physiologie*, 1887.)

Je reproduis ici les conclusions de ce travail, qui repose sur la dissection de plus de cinquante articulations :

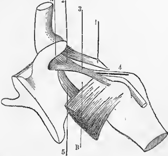
Dans l'articulation scapulo-humérale, on trouve sura-

joutés à la capsule plusieurs faisceaux ligamenteux développés surtout chez l'homme. Ces faisceaux sont :

1° Le ligament coraco-huméral ;

2° Les ligaments coraco-gléno-huméral ou gléno-huméral supérieur ;

3° Le gléno-huméral moyen ou interne ;



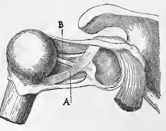
A, Apophyse coracoïde. — B, Foramen ovale. — 1, Ligament coraco-huméral superficiel. — 2, Ligament coraco huméral profond. — 3, Ligament gléno-huméral supérieur. — 4, Division du ligament gléno-huméral supérieur pour laisser passer le tendon du biceps. — 5, Ligament gléno-huméral moyen.

4° Le ligament gléno-huméral inférieur. Les insertions de ces ligaments sont les suivantes :

Le ligament gléno-huméral inférieur supérieurement, s'insère sur le bourrelet glénoïdien avec lequel il se continue (j'ai une pièce démonstrative du fait), en bas sur le col chirurgical ; il est doublé par le tendon du triceps.

Le gléno-huméral moyen en haut s'insère sur le bourrelet glénoïdien, avec lequel il se continue ; cette insertion a lieu

à l'extrémité interne et supérieure de la cavité glénoïde; en bas, il s'attache au petit trochanter au-dessous et en arrière de l'insertion du sous-scapulaire. Le coraco-gléno-huméral supérieur s'insère sur le bourrelet glénoïdien, et confond ses insertions avec le ligament gléno-huméral moyen, de plus, il s'insère sur l'apophyse coracoïde; en bas, il s'attache aux deux lèvres de la gouttière bicipitale, c'est-



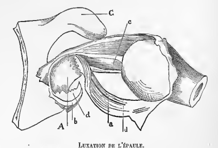
A, Ligament gléno-huméral moyen. — B, Ligament gléno-huméral supérieur.

à-dire sur le grand trochanter et sur le petit trochanter; dans sa partie moyenne, il s'excave pour former une gouttière dans laquelle glisse le tendon de la longue portion du biceps.

Entre les deux faisceaux ligamenteux supérieurs, coraco-gléno-huméral et gléno-huméral moyen, la capsule présente une ouverture triangulaire qui laisse passer le tendon du sous-scapulaire. Entre le ligament moyen et le ligament inférieur, la capsule est très mince. C'est le *locus minoris resistentiæ*; c'est par là que s'échappe la tête dans la luxation en dedans. Le ligament moyen limite donc en haut, dans la

majorité des cas, la rupture de la capsule. Dans le mouvement de rotation en dehors et d'adduction, les deux ligaments gléno-huméraux moyen et supérieur se tendent et s'opposent à la luxation de la tête. Le ligament inférieur se tend dans l'élévation.

Ccs faisceaux ligamenteux avaient été signalés en 1853, par Schlemm, *Archives de Muller*. Mais il n'avait pas insisté



LUXATION DE L'ÉPAULE.

c, Apophyse coracoïde. — A, Cavité glénoïde. — *a*, Ligament gléno-huméral inférieur arraché, entraînant la partie interne du bourrelet glénoïdien. — *b*, Bourrelet glénoïdien. — *d*, Cartilage du relèvement de la cavité glénoïde arraché en partie. — *c*, Ligament gléno-huméral supérieur et ligament gléno-huméral moyen.

sur le rôle de ccs ligaments et sur leur continuité avec le bourrelet glénoïdien, continuité importante à noter, car ce bourrelet étant mobile à sa partie interne au niveau de sa continuité avec les ligaments accessoires, est tendu par eux dans le mouvement de rotation en dehors et dans l'adduction.

Il ne peut donc pas être pincé par la tête humérale et il offre à la tête un plan à la fois résistant et élastique. La connaissance de la disposition anatomique de ces ligaments

rend compte, ainsi qu'on peut le voir sur la figure ci-dessus, des lésions en cas de luxation de l'épaule.

4. — **Étude sur le développement de la portion sus-diaphragmatique du tube digestif.** (Thèse d'agrégation, 1885.)

Dans ce travail nous n'avons pas cherché seulement à faire l'exposé consciencieux de l'état de la science, à l'époque où il a été écrit, mais de plus à lui donner un caractère original, en essayant par des recherches personnelles, de nombreuses coupes d'embryon, de soutenir une théorie à laquelle nous nous étions rattaché, théorie qui faisait dériver l'épithélium de la portion sus-diaphragmatique du tube digestif du feuillet externe du blastoderme.

Le travail est divisé en quatre parties. Dans les deux premières parties nous étudions la formation de l'aditus anterior, puis celle du tube pharyngo-œsophagien. De nombreux dessins annexés au texte facilitent la description.

Dans une troisième partie nous avions étudié le développement des organes annexes du tube digestif, l'hypophyse, la langue, le thymus, le corps thyroïde, la trachée, les bronches et le poumon.

Dans une quatrième partie nous avons cherché dans l'embryologie comparée des arguments pour soutenir la théorie de la formation de la partie supérieure du tube digestif aux dépens du feuillet externe. Nous avons été amené par cette étude à parler de la relation qui existe entre le blastopore ou anus de Rusconi, avec l'orifice buccal du tube digestif, et à parler de la situation variable de l'orifice

d'entrée du tube digestif par rapport au reste du corps et au système nerveux.

Enfin nous avons terminé ce travail en analysant les observations tératologiques, qui nous donnaient des arguments en faveur de la théorie que nous soutenions.

5. — **Mémoire sur la direction de l'estomac,** en collaboration avec le Dr Souligoux. (Société Anatomique, 1895.)

Frappé de la divergence des auteurs, quand il s'agit de donner la direction de l'estomac, nous avons étudié tout spécialement ce point d'anatomie, qui intéresse les chirurgiens, et nous avons en même temps fixé d'une façon précise les rapports de cet organe avec la paroi épigastrique.

Pour Cloquet, la direction de l'estomac est transversale. Sabatier, Cruveilhier, Richet, Sappey, considèrent que son grand diamètre est oblique de gauche à droite et d'avant en arrière; toutefois, cette obliquité étant peu considérable, on peut regarder la direction de l'estomac comme horizontale et transversale.

Pour Beaunis et Bouchard, l'estomac est fortement oblique en bas, à droite et en arrière.

Pour Lushka, Henle, il serait vertical.

Nous avons montré que ces divergences tenaient à ce que l'estomac a une direction différente, suivant qu'il est à l'état de vacuité ou de plénitude.

A l'état de vacuité, il est oblique de haut en bas, de gauche à droite et d'arrière en avant; quand il est plein, sa petite courbure se redresse, il paraît alors vertical; toutefois,

sa direction générale n'est pas sensiblement changée, car son grand axe ne varie que fort peu.

RECHERCHES SUR LE CHLOROFORME

L'étude de l'action du chloroforme, de ses dangers, de la manière de les éviter, m'a de tout temps préoccupé. Soit au laboratoire, soit dans mon service j'ai cherché dans les expériences, ou dans les observations cliniques les éléments nécessaires pour poursuivre cette étude, et j'ai consigné les résultats de ces travaux, dans un certain nombre de mémoires, dont je donnerai ici succinctement l'esprit.

6. — **Sur les dangers du chloroforme.** (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1888.)

Dans une première communication à la Société de Chirurgie (1888), j'ai signalé les dangers que faisait courir le chloroforme tel qu'on le livrait alors dans les pharmacies. Et j'insistais pour que, dans les pharmacies peu achalandées, on exigeât une rectification de chloroforme, faite la veille, avant de s'en servir.

Comme moyen pratique pour faire cette rectification, je conseillais, avec M. Vicario, avec qui j'avais fait ces recherches, de recourir à une distillation à 60, 61° de l'agent anesthésique sur du carbonate de potasse desséché, en ayant le soin de ne récolter ni les premiers produits, ni les derniers.

Je faisais également remarquer que la simple distillation pour des chloroformes peu altérés pouvait suffire dans la majorité des cas, en la répétant deux ou trois fois, et toujours en ne récoltant ni les premiers ni les derniers produits. Evidemment, il faut encore l'essayer par prudence avec l'azotate d'argent et avec le permanganate de potasse alcalin.

7. — **Cas de mort par la méthode mixte atropine, morphine et chloroforme.** (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1892.)

Dans une seconde communication à la Société de Chirurgie (1892), à propos d'un cas de mort par la méthode mixte atropine, morphine et chloroforme, j'ai attiré l'attention sur les dangers de cette association. Pour chacune de ces substances il peut y avoir des susceptibilités individuelles.

Il en résulte que si théoriquement on supprime certains dangers de chloroforme par cette méthode, pratiquement sur l'homme on triple les dangers, en se servant de trois substances dangereuses, pour chacune desquelles, il peut y avoir une susceptibilité individuelle.

8. — **Avantages du chloroforme sur l'éther.** (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1895.)

Dans la discussion sur les avantages de l'éther sur le chloroforme, qui a été soulevée à la même Société en 1895, j'ai défendu, dans un long mémoire, la cause du chloroforme, montrant d'après les statistiques, d'après l'analyse physiologique de l'action de ces anesthésiques, que la supé-

riorité de l'éther, admise par quelques chirurgiens, est plus apparente que réelle.

L'éther a, en effet, à son actif des cas de mort comme le chloroforme; et certaines statistiques, telles que celles de Karewski, 3 morts sur 10.000 éthérisations, de Saint-Bartholomew's hospital 3 morts sur 8.491 éthérisations, etc., sont loin de justifier l'enthousiasme des partisans de l'éther. Mais les statistiques seraient-elles meilleures, on peut faire observer qu'à cause des nombreuses contre-indications de l'éther, les malades qu'on éthérise sont presque des malades triés, de choix, et on serait en droit de s'étonner même qu'il puisse y avoir un accident. Il en existe cependant, et l'analyse de ces cas de morts montre que si la syncope secondaire est plus rare avec l'éther, elle peut toutefois se produire, ainsi que le démontrent des observations; par contre, la syncope primitive et la syncope tertiaire ne sauraient être discutées, car il est facile de trouver des faits qui les affirment.

Si on tient compte enfin de l'impossibilité de donner de l'éther aux personnes atteintes de lésions de l'appareil respiratoire, de lésions cardiaques, de lésions cérébrales, on ne peut ne pas reconnaître qu'en présence de toutes ces contre-indications, l'éther ne saurait être comparé au chloroforme pour lequel il n'y a pas de contre-indications.

9. — **Nouvelles recherches sur le chloroforme.** Travail lu à l'Académie de Médecine, 1896. (Publié *in Tribune médicale*, 1896.)

Dans ce travail basé sur de nombreuses observations cliniques, j'ai montré que l'excitation du début que pro-

duisent les anesthésiques a un caractère variable suivant les individus, caractère qui dépend des troubles que la cellule nerveuse subit dans son fonctionnement par le fait de tare maladive héréditaire ou acquise, hystérie, épilepsie, ou d'une intoxication antérieure, alcool, éther, morphine. On voit donc les anesthésiques provoquer chez l'épileptique, une crise d'épilepsie, chez l'hystérique, une crise hystérique syncopale ou convulsive, chez l'alcoolique, une crise d'agitation alcoolique, etc. Un certain nombre de syncopes se produisant au début de la chloroformisation, ne sont que des crises hystériques syncopales.

J'ai encore montré que les vapeurs anesthésiques s'éliminant au réveil, le malade passe par les mêmes phases qui ont marqué le début de l'anesthésie. Il y a une excitation du retour rappelant par son caractère celle du début de l'anesthésie. On peut ainsi voir au réveil des crises d'hystérie convulsive, ou syncopale, des crises épileptiques, des crises d'alcoolisme.

On voit combien ces notions physiologiques ont de l'importance pour tout chirurgien, qui par un examen préanesthésique de l'état nerveux de son malade peut prévoir les accidents qu'il aura à redouter pendant la chloroformisation, et se tenir en garde.

10. — **Des accidents chloroformiques.** (Société de Chirurgie, 1902.)

A propos d'un cas de mort par chloroforme que citait M. Poirier, j'ai étudié et passé en revue les causes des accidents chloroformiques. Reprenant les idées que j'avais émises antérieurement, j'ai montré que certaines personnes sont

plus disposées que d'autres aux syncopes; mais l'étude de ces malades faite avant l'anesthésie, peut vous mettre en garde, et vous faire éviter un accident, en vous faisant augmenter de prudence dans la façon d'endormir votre malade. Ceci m'amenait à étudier le rôle du chloroformisateur, et à montrer combien il était important d'être sûr de celui auquel on confiait l'anesthésie. Bien des accidents peuvent être en effet imputés à la jeunesse trop grande de certains chloroformisateurs, qui sont nos aides dans les hôpitaux. Il serait donc bon d'avoir des chloroformisateurs attitrés, et on pourrait ainsi diminuer le nombre des accidents. J'ai été heureux de voir devant l'Académie ces idées reprises et développées par M. Huchard, qui est venu m'apporter l'appui de sa grande autorité.

11. — **Des paralysies post-chloroformiques.** (Société de Médecine et Chirurgie pratique, 1898.)

Les paralysies qui suivent quelquefois les anesthésies relèvent de causes multiples. Elles peuvent avoir une origine centrale, ou une origine périphérique. Le plus souvent c'est l'origine périphérique qu'il faut incriminer. C'est le bras qui est pris; et alors la cause réside dans une compression d'un des nerfs du plexus bracchial; le radial le plus souvent est intéressé, et on a alors une paralysie radiale due à ce qu'on a laissé le bras du malade pendre contre le rebord de la table; dans cette position le nerf radial se trouve comprimé contre le rebord. Dans d'autres cas la paralysie est due à ce qu'on attache les bras fortement relevés; et dans cette élévation forcée, si le

malade se débat et glisse, le plexus bracchial peut être comprimé contre la tête humérale. Mais il existe des paralysies d'origine centrale, paralysies relevant de l'hystérie, et se manifestant chez les prédisposés. J'ai pu recueillir des observations de femmes chez lesquelles j'avais relevé des stigmates incontestables d'hystérie, qui avaient eu des paralysies antérieures et chez lesquelles une anesthésie a développé la paralysie d'une jambe, d'un bras. Dans ce cas ces paralysies sont flasques, rappelant tous les caractères de la paralysie hystérique et disparaissent par l'action de l'électricité et de la suggestion. Une de mes malades vit sa paralysie disparaître à la suite d'un séjour à Lourdes. Je rapproche de ces faits les paralysies de la vessie, de l'intestin, qui suivent nos opérations, qui quelquefois se produisent sous l'influence d'une infection, mais peuvent apparaître sans qu'aucune infection ne puisse être incriminée, ainsi que j'en ai cité des exemples au Congrès de gynécologie de Genève, 1896.

---

12. — **Étude anatomique et physiologique des moyens de soutien de l'utérus.** (*Semaine Gynécologique*, 1897.)

Dans cette étude, je rappelle tout d'abord, et précise le rôle des ligaments de l'utérus, qui, à l'état normal, limitent les déplacements de l'utérus : ligaments larges, ligaments ronds, ligaments utéro-sacrés. Mais j'insiste surtout, et j'étudie l'action du releveur de l'anus. Celui-ci ferme par en bas la cavité abdominale, comme la ferme par en haut le diaphragme, dont il rappelle la forme et la disposition. On

pourrait l'appeler le diaphragme inférieur. Ses fibres qui prennent insertion sur le pourtour du bassin viennent converger sur un raphé médian fibreux, véritable centre aponévrotique, dont on voit les vestiges entre le rectum et le sacrum. Les fibres de ce raphé en avant sont dissociées par le passage du rectum, du canal vagino-utérin, du canal uréthral. Les différents organes qui sont obligés de sortir de la cavité abdominale, et qui traversent le releveur, reçoivent des fibres que ce muscle leur envoie, et dont j'étudie la disposition. Je montre ainsi que le muscle releveur en même temps qu'il ferme la cavité abdominale par en bas, maintient en place les organes qui sont situés au-dessus de lui, et auxquels il est uni. Envoyant des fibres au vagin, il le maintient par en haut en place. Mais la fixité de ce conduit dépend surtout de l'intégrité du plancher périnéal, et des muscles qui le constituent. Que le plancher soit altéré, le vagin n'est plus soutenu. Or, la chute du vagin tiraille les mouvements de soutien de l'utérus. Ceux-ci finissent par se fatiguer, s'affaiblir, et l'utérus suivra dans son mouvement de descente le vagin.

Je conclus de cette étude que la stabilité de l'utérus dépend :

1° De l'intégrité anatomique et physiologique des faisceaux musculaires contenus dans les ligaments suspenseurs, ligaments ronds, larges, utéro-sacrés, et surtout de l'intégrité du releveur.

2° Accessoirement, du plancher périnéal, dont l'altération nuit à la résistance des éléments directs de soutien de l'utérus.

---

13. — **Étude physiologique et clinique sur la nirvanine.** (Travail du laboratoire de M. Dastre, 1899.)

Ayant eu l'occasion d'expérimenter dans mon service un nouvel anesthésique local, la nirvanine (chlorhydrate de l'éther méthylique de l'acide éthyl glycocol p-amido o-oxybenzoïque) j'en ai fait l'étude sur les animaux.

Par de nombreuses expériences sur le chien et le lapin, j'ai montré que la nirvanine comme la cocaïne jouit de la propriété d'anesthésier localement. Sa puissance anesthésique est cependant moins forte que celle de la cocaïne, mais elle est moins toxique. En doublant les doses on arrive aux mêmes résultats que ceux obtenus avec la cocaïne.

Sa toxicité moindre permet d'en graduer plus facilement les effets. Elle a de plus sur la cocaïne l'avantage d'être antiseptique.

A des doses élevées, elle devient comme la cocaïne toxique. Mais si pour un lapin de 2 kilogr. 24 on provoque des accidents avec 0,05 centigrammes de cocaïne, il faut au minimum pour un animal du même poids, 0,15 centigrammes de nirvanine.

Les accidents, que ce soit la cocaïne ou la nirvanine, sont des crises convulsives précédées de parésie de l'animal qui tombe sur le côté, se roule puis est pris de convulsions et reste en état de contracture tétanique (fig. 1 et 2).

La nirvanine, comme la cocaïne, agit donc sur la moelle et sur les centres excito-moteurs. Le cœur échappe à leur action, ainsi que j'ai pu le démontrer au moyen de tracés, pris sur le cœur de grenouilles. Ce n'est que par le fait de l'asphyxie que détermine la crise convulsive sur les

muscles respiratoires, qu'on voit le cœur se distendre et finir par s'arrêter.

Si on considère comme toxique la dose qui amène la

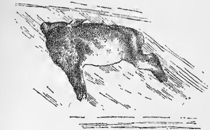


Figure 1. — Contracture tétanique produite par une injection de cocaïne de 0,05 centigrammes.



Figure 2. — Contracture tétanique produite par une injection de nirvanine de 0,25 centigrammes.

mort de l'animal, cette dose pour la nirvanine serait de 0,70 par kilogramme d'animal, tandis que pour la cocaïne

la dose serait de 0 gr. 8 à 0 gr. 10. On voit que la différence de toxicité est en faveur de la nirvanine, qui mériterait dans nombre de cas d'être substituée à la cocaïne.

14. — **De la nirvanine et de son emploi comme anesthésique local.** (M. Dropet, thèse, 1899.)

Un de mes élèves reprenant avec des observations nouvelles prises dans mon service a complété sur mes conseils mes expériences sur la nirvanine, et en a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

---

15. — **Contribution à l'étude physiologique des injections intraveineuses de sérum artificiel.** (Mémoire de la Société de Médecine et Chirurgie pratique, 17 janvier 1901.)

J'ai été un des premiers à avoir recours aux injections de sérum artificiel, et dans mon service on a utilisé les deux modes d'introduction, injection dans le tissu cellulaire sous-cutané, et dans le système veineux. Or, profitant d'une discussion qui s'était élevée à propos d'un travail de M. Hallion, j'ai montré que, contrairement à l'opinion généralement admise, on ne saurait confondre l'action de ces deux sortes d'injections. L'une agit d'une façon beaucoup plus rapide que l'autre, et l'injection intraveineuse doit être préférée, quand il y a urgence de parer rapidement à des accidents de collapsus.

D'après les faits cliniques, et des expériences faites au laboratoire de la Sorbonne, et que j'ai consignées dans la

thèse d'un de mes élèves. M. le Dr Desmons (1898), j'ai cherché depuis à montrer comment agissaient ces injections intraveineuses. Ce n'est pas, en effet, comme quelques-uns l'ont avancé, par un lavage du sang, fort problématique et discuté, que ces injections agissent. Mais il semble que ce soit plutôt par une excitation des centres bulbaires.

En effet, en cas d'hémorragie ou d'infection, quand on se décide à faire une injection on se trouve en présence de malades dont le pouls est précipité, rapide, petit, dépressible ; le malade est en hypotension. Après l'injection intraveineuse le pouls se relève, les pulsations cardiaques deviennent plus lentes, la tension se relève.

On assiste ici à la répétition de la loi de Marey : le cœur bat plus lentement quand on augmente la tension, et plus vite quand elle diminue. Mais cette loi n'est vraie qu'autant que le cœur est séparé du système nerveux central. Sa vérification chez les infectés et les hémorragiques, montre donc qu'à un certain moment le système nerveux central n'agit plus sur le cœur, qui bat par ses forces naturelles.

Au moment où on fait une injection veineuse, celui-ci semble se réveiller de l'assoupissement dans lequel il entrait, et ce réveil se traduit par le frisson, qui succède aux injections intraveineuses : or, le frisson, comme l'a montré M. Richet, est un phénomène bulbaire.

L'excitation, le réveil du système nerveux central se traduira encore par le retour des phénomèmes de vaso-constriction des vaisseaux de la périphérie (pâleur des téguments), coïncidant avec la vaso-dilatation des vaisseaux émonctoires (polyurie, diarrhée), et le retour des phénomènes de phagocytose, qui expliquent l'action favorable des injections intraveineuses.

Or, en faveur de cette idée d'une excitation du système nerveux central par l'injection intraveineuse est ce fait clinique que j'ai mis en évidence : *lorsque l'injection est faite trop tard, le frisson manque, et son absence est d'un pronostic fatal. Un violent frisson succédant à l'injection est d'un bon augure.*

---

16. — Glandes thyroïdes. Physiologie normale et pathologique. Considérations cliniques et recherches expérimentales.

Avec le concours du Dr Paulesco, nous avons entrepris dans le laboratoire du professeur Dastre, à la Sorbonne, une série de recherches expérimentales sur la pathogénie du goitre exophtalmique. Dans le cours de ces recherches nous avons été conduits à nous occuper des fonctions de la glande thyroïde, à chercher à nous rendre compte du rôle que ces glandes jouent dans l'économie. La clinique nous servant de guide, ses renseignements ont été le point de départ des expériences que nous avons reprises après divers auteurs, ou que nous avons imaginées personnellement.

Après avoir fait dans un premier chapitre un court historique de la question, nous analysons au point de vue de la physiologie les faits cliniques, en étudiant successivement les symptômes qui résultent : 1° *de l'absence congénitale de la glande*; 2° *des lésions pathologiques de la glande;* 3° *de l'ablation chirurgicale de la glande* — chez l'enfant — et ensuite chez l'adulte.

C'est en tenant compte de tous les faits dans l'ordre de

progression, que nous venons d'établir, que nous étudions dans un premier chapitre l'*absence congénitale de la glande*.

Nous faisons voir qu'elle se traduit par des symptômes toujours identiques : défaut d'accroissement, nanisme, aspect du crétinisme sporadique, difficulté à se mouvoir, troubles trophiques de la peau, état myxœdémateux. A l'appui de ces faits nous citons des observations inédites.

Dans un second chapitre nous étudions les effets *des altérations pathologiques du corps thyroïde, pendant l'enfance*, cette étude nous mène à montrer les rapports du crétinisme avec l'insuffisance des fonctions thyroïdiennes. Et nous arrivons à conclure que celle-ci se traduit chez l'enfant par ces trois ordres de symptômes, que nous retrouverons toujours au même âge toutes les fois que les fonctions du corps thyroïde aurons été compromises : 1° arrêt de développement ; 2° désordres dans le fonctionnement du système nerveux de la vie de relation, troubles intellectuels, troubles de la sensibilité et de la motilité ; 3° troubles trophiques des divers tissus, aboutissant à l'état que l'on désigne sous le nom de myxœdème.

Chez l'adulte l'altération pathologique du corps thyroïde, si elle détermine de l'insuffisance thyroïdienne n'agira plus sur la taille, dont le développement est terminé, mais pourra donner des troubles intellectuels moins accusés que chez l'enfant, se traduisant surtout par une paresse cérébrale, et une lenteur d'intelligence, et se manifestera surtout par des troubles trophiques, de l'état myxœdémateux. Si chez l'enfant l'étude des altérations des glandes thyroïdes nous avait amené à étudier le crétinisme, chez l'adulte cette même étude nous conduit à étudier le myxœdème, et en particulier

le myxœdème spontané, dont nous montrons les rapports avec l'insuffisance thyroïdienne.

Dans un troisième chapitre nous examinons les *résultats de la thyroïdectomie partielle ou totale* chez l'enfant, et chez l'adulte.

Les interventions sur le corps thyroïde donnent lieu à des *troubles immédiats*, de plus ou moins longue durée, et des *troubles consécutifs*. Un certain nombre de troubles immédiats sont déjà bien connus des chirurgiens; ce sont les mouvements choréiformes, la tétanie, qui se montrent dans les premiers jours qui suivent l'opération. Mais nous attirons l'attention sur un phénomène constant, très intéressant pour le physiologiste, et qui bien qu'on le retrouve dans toutes les opérations thyroïdiennes, n'avait pas encore été signalé. Il s'agit d'une agitation toute spéciale, qu'on ne voit à la suite d'aucune autre opération, et que présente tout malade, dont on a par l'acte opératoire excité la glande thyroïdienne sans l'enlever. Cette agitation se traduit par le besoin de se remuer, de repousser ses draps, et se calme par le bromure et la valériane.

Nous passons ensuite en *revue les troubles consécutifs*, qui surviennent à la suite de l'*ablation totale de la glande thyroïde*.

Chez l'adulte les symptômes du myxœdème opératoire, pareils à ceux du myxœdème spontané, nous frappent comme résultant de la suppression de la fonction thyroïdienne.

Chez l'enfant nous trouvons, de plus, l'arrêt de développement, l'amoindrissement des facultés intellectuelles, un état de crétinisme acquis, le myxœdème, les troubles trophiques succédant aux ablations de la glande, et rappelant les mêmes lésions que nous avions notées précédemment dans les lésions pathologiques du corps thyroïde pendant l'en-

fance. Nous citons à l'appui de ces faits des observations inédites très concluantes.

Dans un quatrième chapitre, nous étudions les résultats *de la médication thyroïdienne*, et nous montrons que celle-ci, en cas de myxœdème dû aux lésions ou à l'ablation du corps thyroïde, l'améliore momentanément, pendant le temps seulement où le traitement est suivi.

Ainsi que l'ont montré Ballet et Enriquez, l'ingestion des corps thyroïdes de mouton produit des accidents multiples (tachycardie, amaigrissement, perte d'appétit, vomissements, diarrhée). Mais la tachycardie nous frappe, car nous faisons remarquer que c'est un des symptômes du goitre exophtalmique, affection dans laquelle il semble y avoir une congestion active de la glande, et une sorte d'hypersécrétion.

Après l'analyse des faits chez l'homme nous passons aux *expériences*, et nous montrons que toutes les expériences que nous avons répétées concordent avec les faits cliniques.

Nous retrouvons après nos opérations sur les animaux les mêmes troubles tardifs, les mêmes troubles primitifs.

En choisissant pour nos interventions tantôt des animaux adultes, tantôt des animaux jeunes — nous obtenons chez les jeunes animaux comme chez les enfants l'arrêt de développement, le crétinisme — chez les animaux adultes. le myxœdème, les troubles trophiques, les troubles cérébraux. Plusieurs de nos expériences sous ce rapport sont très démonstratives, ainsi qu'on peut le voir sur les dessins que nous publions ci-dessous.

Nous montrons enfin dans une série d'expériences que si

on débute par scléroser le corps thyroïde avec des injections de chlorure de zinc, les résultats sont modifiés par cette altération préalable du corps thyroïde. Tandis qu'en effet si on enlève des glandes saines, on peut voir mourir les animaux rapidement d'accidents aigus consécutifs, si on a sclérosé les glandes, on observe plutôt la survie des animaux, et le développement des phénomènes tardifs-consécutifs, myxœdème-troubles trophiques. Or, là, l'expérimentation confirme ce qu'on voit en clinique. L'ablation d'un corps thyroïde très altéré comme il l'est dans le goitre endémique est moins dangereuse que celle d'un corps thyroïde peu altéré; simplement vasculaire, comme dans le goitre exophtalmique.

Nous avons étudié enfin les glandes parathyroïdiennes. Répétant les expériences de Gley sur le lapin nous avons enlevé tantôt les glandules parathyroïdiennes seules, tantôt le corps thyroïde seul. Dans ces conditions nous n'avons jamais rien observé d'anormal; et si Hofmeister, von Eiselsberg Moussu, ont observé sur de jeunes animaux l'arrêt de développement, et le myxœdème, en enlevant le corps thyroïde, et en laissant les glandules, les mêmes expériences faites par nous et répétées souvent, ont été négatives; aucun trouble trophique ne s'est produit.

Sur le chat, le chien, nous avons répété également les expériences de Vassale et Generali, de Gley, de Moussu, et avons fait l'ablation seule des glandules parathyroïdiennes, nos résultats, tantôt ont paru concorder avec les leurs, tantôt ont été très dissemblables. Mais de ces expériences est résultée pour nous cette conviction, qu'étant donnée la multiplicité des organes glandulaires contenus dans chaque lobe du corps thyroïde (deux parathyroïdes et deux corpus-



Figure 3. — Jeune chat que l'ablation du corps thyroïde a rendu crétin, n'ayant pas l'idée de se nourrir, et dont l'accroissement a été arrêté, ainsi qu'on peut le voir en le comparant avec l'autre chat de la même portée, qui n'a subi aucune intervention.



Figure 4. — Chien myxœdémateux avec plaques d'alopécie.

cules thymiques chez le chat) il est difficile de savoir si on a bien extirpé les parathyroïdes, et rien que les parathyroïdes. Cette extirpation ne peut se faire sans produire un traumatisme considérable du corps thyroïde, et n'étant pas sans influence pour le fonctionnement de la glande, il est très difficile à l'heure actuelle, de pouvoir se prononcer sur les rapports fonctionnels qui existent entre les glandes thyroïdes et les glandules parathyroïdiennes.

De cette longue étude, dont nous avons résumé aussi brièvement que possible les chapitres, nous arrivons à poser les conclusions suivantes. La théorie, que beaucoup défendent, à l'heure actuelle, et qui regarde le corps thyroïde comme devant détruire des toxines, et qui met les accidents consécutifs à l'ablation de cet organe, sur le compte d'une intoxication, ne répond pas aux faits cliniques et expérimentaux. Les troubles qui constituent le myxœdème et le crétinisme ne ressemblent en rien à des accidents d'intoxication, tout au moins à ceux que nous connaissons. Ils ne rendent pas compte de ces phénomènes primitifs d'agitation qui succèdent à toute intervention même partielle sur le corps thyroïde; et n'expliquent pas l'action de la médication thyroïdienne.

Il nous paraît plus plausible d'admettre que le corps thyroïde, comme toutes les glandes que nous connaissons, élabore une substance nécessaire à la nutrition et au bon fonctionnement du système nerveux, qui tient sous sa dépendance les fonctions intellectuelles, et les phénomènes de nutrition et d'accroissement.

Qu'on supprime le corps thyroïde, le système nerveux ne recevant plus cette substance, ne fonctionne plus normalement, il tombe en léthargie, pour se réveiller si par un

moyen artificiel (médication thyroïdienne) on lui donne l'excitant qui lui est nécessaire.

Si par une intervention partielle, si par une congestion de l'organe (goitre exophtalmique), le corps thyroïde est irrité, il se produit une hypersécrétion de cette substance, et le cerveau en recevant trop il se produit ces phénomènes d'exeitations qu'on observe dans les conditions dont nous venons de parler, et qui ne se comprennent pas avec la théorie de la glande thyroïde antitoxique.

La théorie du corps thyroïde sécrétant une substance récrémentitielle utile à l'organisme cadre plus avec les faits connus de physiologie, que celle du corps thyroïde antitoxique.

17. — **Note sur les lymphatiques de l'utérus.** (*Semaine Gynécologique*, 1897.)

La présence autour du col utérin de ganglions contenus dans le ligament large, auxquels se rendraient les lymphatiques du col, a été admise par M. Lucas-Championnière, qui les décrit dans sa thèse ; mais cette opinion a été contestée par un certain nombre d'anatomistes, et d'après M. Poirier on ne trouverait dans le ligament large que des troncs lymphatiques qui se rendent aux ganglions situés au niveau de la bifurcation de l'iliaque interne, ou dans le bord externe du ligament large. Or, dans le cours des opérations d'hystérectomie vaginale pour cancer, j'ai constaté deux fois des ganglions le long de l'artère utérine, à un travers de doigt du col. La présence de ces ganglions est donc démontrée par les faits pathologiques.

SUTURES NERVEUSES

18. — **Contribution à l'étude des sutures nerveuses.** (Société de Chirurgie, 1901.)

La question encore si controversée des sutures nerveuses m'a toujours préoccupé. Ayant eu par le hasard de la clinique souvent à intervenir, et dans des conditions très différentes, pour des sections de nerf, j'ai cherché à contrôler par une expérimentation, que j'ai prolongée, les résultats de la clinique. C'est le résumé de ces recherches que j'ai exposé dans une communication faite à la Société de Chirurgie, 1901, et dans le cours de la discussion que cette communication souleva. J'ai pu également faire quelque temps après développer, dans sa thèse inaugurale 1901, les idées personnelles que j'ai sur cette question, par un de mes élèves, M. le Dr Boulommier, qui m'avait servi d'aide dans mes expériences.

Deux sutures de nerf sciatique poplité externe, faites dans mon service, l'une par moi, l'autre, sous mes yeux, par le Dr Ischwall mon assistant, et faites immédiatement après la section, ayant été suivies d'un retour rapide de la motilité et de la sensibilité, m'ont fait défendre cette idée que les sutures nerveuses pouvaient dans quelques cas empêcher la dégénérescence nerveuse, et être suivies d'une réunion immédiate. Toutefois, j'ai bien spécifié ce qu'on devait entendre sous le nom de réunion immédiate. On peut, en effet, admettre que pour la réunion des tissus

nerveux comme pour la réunion de tous les autres tissus, il apparaisse dans les premières heures, entre les fragments, une légère couche de tissu embryonnaire, et qu'il n'y ait pas une réunion immédiate dans le sens absolu du mot; mais on peut admettre aussi que si cette couche embryonnaire existe elle soit réduite au minimum, disparaisse rapidement, ayant aidé à la fusion des éléments des deux bouts sectionnés, avant que la dégénérescence n'ait commencé dans le bout inférieur. C'est tout au moins ce qu'histologiquement Wölberg affirme.

En faveur de cette réunion rapide des nerfs sectionnés sont les expériences de Glück, et les observations. En effet, j'ai pu réunir un certain nombre d'observations où le rétablissement de la motilité et de la sensibilité survenant en quelques heures plaide en faveur de cette réunion, si ce n'est immédiale, tout au moins rapide.

J'ai essayé par des expériences, que je continue encore, à démontrer cette réunion rapide sur les animaux. Malheureusement, moins heureux que Glück, je n'ai pu réussir ce que j'avais réussi sur l'homme. Je ne crois pas toutefois que l'on doive arguer de ces faits négatifs contre la possibilité d'une réunion immédiate, car j'ai pu me convaincre qu' à cause de la difficulté qu'on éprouve pour obtenir l'immobilisation, la petitesse plus grande des cordons nerveux, la réussite de la confrontation exacte est plus difficile chez les animaux que chez l'homme.

J'ai enfin, dans ce travail, apporté des observations de réunion secondaire, où la motilité ne revenant qu'au bout d'une année, je montre avec quelle patience on doit continuer massage et électrisation après la suture d'un nerf, laissant au bout périphérique le temps de se régénérer.

19. — **Présentation d'un malade auquel j'avais fait la suture du nerf médian et du nerf cubital, et chez qui la restauration des fonctions s'est faite six mois après.** (Société de Chirurgie, 1901.)

La présentation de ce malade offre un grand intérêt pour montrer le temps nécessaire pour qu'en cas de suture nerveuse les fonctions puissent se rétablir, et que la restauration nerveuse s'accomplisse sur l'homme.

20. — **Contribution à l'étude des réunions nerveuses :** Étude sur quelques cas qualifiés de paradoxaux, de retour très rapide de la sensibilité et de la motricité après la suture nerveuse. (M. Boulommier, thèse, 1901.)

J'ai fait exposer par un de mes élèves dans sa thèse, pour laquelle j'avais fourni tous les documents, et mes observations personnelles, les idées que m'avaient suggérées sur les réunions nerveuses mes opérations sur l'homme et mes expériences sur les animaux. On trouvera dans cette thèse le résumé de ces expériences. — Après avoir fait l'historique complet de la question et rappelé les dernières expériences de Glück, de Wölberg, de Bakowiecki, Boulommier étudie les réunions, qu'on appelle immédiates, c'est-à-dire les faits où, à la suite d'une section de nerfs, la sensibilité, ou la sensibilité et la motilité se rétablissent si rapidement, qu'on arrive à supposer une réunion immédiate. Or, il discute consciencieusement les faits sur lesquels on s'appuie pour nier ces réunions rapides, et d'autre part ceux qui semblent permettre

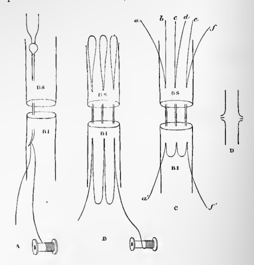
de ne pas les rejeter d'une façon absolue. Le détail de nos expériences qu'on trouvera dans cette thèse montrera toutes les difficultés qu'on éprouve sur les animaux à obtenir, non pas la cicatrisation des deux bouts du nerf, mais l'adaptation parfaite des deux extrémités sectionnées, pour éviter la réunion cicatricielle avec interposition d'une bande fibreuse et obtenir ce qu'on semble obtenir sur l'homme, où pour quelques gros nerfs cette adaptation parfaite nécessaire est plus facile à réaliser.

21. — **Uretéro-anastomose et cholédoco-anastomose.** En collaboration avec le Dr Paulesco. (Société de Chirurgie, juillet 1897 et 1898.)

Avec le Dr Paulesco dans le laboratoire de M. Dastre, nous avons recherché quel était le meilleur mode de suture à employer pour réunir les deux bouts, et obtenir la cicatrisation d'un canal coupé en travers. Nous avons réussi ainsi, sur trois chiens, la réunion des deux bouts d'un canal cholédoque, et d'un uretère sectionné transversalement en faisant une suture muqueuse contre muqueuse, par le procédé suivant qui nous est personnel.

Avec une aiguille de Reverdin, très fine, nous passons de la façon suivante une série d'anses. L'aiguille traversant la paroi du bout supérieur à quelques millimètres de la section, ressort par l'orifice de section puis pénètre dans la lumière du bout inférieur, traverse sa paroi de dedans en dehors, et se charge d'une anse de fil. — Ce fil n'étant pas coupé, et la bobine se déroulant à mesure, la même manœuvre est faite un peu plus loin; on arrive ainsi à

passer une série de boucles de fil : dans le même trou existent donc deux fils. Quand on passe des fils tout autour de la circonférence des bouts sectionnés, on coupe les boucles qui sont sur le bout supérieur, de manière à séparer à ce niveau les fils ; en tirant sur les fils *b* et *c* et



en les nouant deux par deux, après les avoir entre-croisés avec les fils *a* et *d*, on les réunit par un nœud ; on continue ainsi jusqu'au dernier fil, celui-ci restant libre est réuni au premier par un nœud sur le bout inférieur ; on ferme ainsi l'*u* qui doit se trouver sur le bout, et sur le bout inférieur on réunit encore par un nœud les deux fils. Toute

la circonférence des deux extrémités sectionnées se trouve donc réunie par une série de fils qui forment une suture continue, ne laissant aucun espace libre. Les muqueuses sont juxtaposées l'une contre l'autre.

Nous avons présenté à la Société de Chirurgie plusieurs mois après trois chiens qui avaient eu, avec succès, l'un le canal cholédoque, les deux autres l'uretère, réséqués et suturés.

Ces expériences sont intéressantes pour les physiologistes qui peuvent avoir dans leurs expériences à utiliser ces sutures de canaux,

22. — **De la saccharine : Physiologie et thérapeutique.** (Société de Médecine et Chirurgie pratique, 1888.)

En 1888 un de mes élèves, M. Mercier, a publié une étude sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la saccharine, que j'avais utilisée dans mon service dans un but thérapeutique. Cette étude est basée sur des expériences, auxquelles j'avais présidé, et des observations recueillies dans mon service de l'hôpital Broussais. Dans cette étude nous montrions que la saccharine était un antiseptique et un antiputrescible, qui à doses assez élevées pouvait être donné sans inconvénient.

Un bouillon contenant 3 grammes de saccharine p. 100 ne se putréfie pas, et on peut le conserver des années bien qu'on l'ait ensemencé avec deux gouttes de bouillon putréfié.

On empêche la décomposition ammoniacale de l'urine avec une dose de saccharine de 0,30 p. 100.

Des expériences *in vitro* nous ont montré que la saccharine n'arrête pas la peptonisation et ne faisait que la retarder un peu. Nous avons, sur les animaux, expérimenté cette saccharine. Nous avons fait vivre des poissons dans de l'eau saccharinée (à 0,5 pour un litre) sans qu'ils paraissent en souffrir. Nous avons ajouté à la nourriture de chiens, de cobayes, des doses élevées de saccharine et nous les avons vus augmenter de poids.

C'est alors que nous nous sommes décidés à en donner à nos malades; et frappés de ce fait que la saccharine s'élimine entièrement par les urines sans avoir subi aucune modification, de plus, pouvant utiliser sa propriété antiseptique, nous avons fait prendre à des malades atteints de pyélonéphrites, de cystites purulentes, de la saccharine à la dose de 4 à 5 grammes par jour. Tous nos malades ont très bien supporté cette médication, et chez quelques malades nous avons obtenu souvent comme avec l'acide benzoïque un retour de l'acidité de l'urine, et dans quelques cas de catarrhes vésicaux un éclaircissement de l'urine. — L'analyse de nos observations nous a permis de conclure que la saccharine peut prendre rang dans la thérapeutique urinaire à côté de l'acide benzoïque et de l'acide salicylique.

Cette thérapeutique a été adoptée surtout en Allemagne et en Italie.

23. — **Essai sur la saccharine considérée comme antiseptique et antifermentescible.** (M. Noël, thèse, 1889.)

Ayant continué à utiliser la saccharine dans le traitement des urinaires, j'ai dernièrement fait rassembler toutes mes

observations par un de mes élèves qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale, et a donné une étude d'ensemble des propriétés de la saccharine.

---

24. — **Anatomie du système osseux**, servant de préface à un long mémoire sur les périostites et périostomyélites et les ostéomyélites liées à la diathèse rhumatismale. (Mémoire paru dans les *Archives générales de Médecine*, 1885, en collaboration avec le Dr H. LEGENDRE.)

Nous avons, en 1885, fait paraître un travail en collaboration avec le Dr Henri Legendre sur l'étiologie de certaines lésions osseuses, que l'on devait, d'après nous, rattacher à la diathèse rhumatismale, telle qu'on la comprenait à cette époque.

Dans un premier chapitre, nous avons cru devoir exposer tout au long l'anatomie et le développement du système osseux, tels que nous l'avaient fait connaître les recherches de MM. Cornil et Ranvier, et de Gegenbaur.

Nous montrons comment cette théorie, aujourd'hui universellement acceptée, alors encore discutée, pouvait, pour la compréhension des faits pathologiques, rendre plus de service que la théorie des blastèmes défendue par M. Robin.

Je me faisais le défenseur de cette théorie de Blainville, affirmée par Reichert, et les recherches récentes de Ranvier, que le tissu osseux doit être regardé comme un tissu cellulaire, ayant une évolution et une pathologie assimilables à celles de tout tissu de cette nature.

J'étudiais donc les cellules osseuses, montrais leur genèse

de la moelle, et je les suivais dans leur développement et leur transformation, depuis le moment où de cellules embryonnaires elles devenaient ostéoblastes (Gegenbaur), futures cellules osseuses, s'entourant d'une substance amorphe, s'infiltrant de sels calcaires, jusqu'à celui où, s'atrophiant, elles se trouvaient dans les ostéoplastes, cavités limitées par la substance osseuse.

Je faisais voir l'importante de la moelle chez l'enfant, où suivant l'expression de Ranvier l'os baigne dans la moelle, et je montrais que chez l'adulte par contre on ne retrouve quelques éléments médullaires, en dehors du canal médullaire, que sous le périoste et dans les canaux d'Havers.

Cette physiologie du système osseux faisait comprendre les faits pathologiques et la différence de leur évolution chez l'enfant et chez l'adulte.

Dans un second chapitre, nous étudions les manifestations aiguës du rhumatisme, montrant que son action donnait surtout lieu à des périostites, suivies dans quelques cas d'hyperostoses, liées à l'irritation des cellules osseuses sous-périostées. Un certain nombre d'observations recueillies par nous en grande partie venaient à l'appui.

Toutefois, nous faisions remarquer que dans quelques cas les lésions avaient été plus profondes, et qu'on avait eu à signaler des ostéomyélites rhumatismales de la diaphyse, où le traitement par le salicylate avait été suivi de succès. Dans un troisième chapitre nous passions en revue les lésions du rhumatisme chronique suivant qu'il se portait sur les extrémités osseuses, ou dans quelques cas exceptionnels sur la diaphyse. Nous en étudions l'anatomie pathologique, et les différentes formes.

25. — **Recherches radiographiques sur la topographie cranienne et cranio-cérébrale.** (Mémoire lu, avec photographies présentées à l'Académie de Médecine, en 1897, en collaboration avec le Dr Glover, paru dans le *Journal des Praticiens*, 1897.)

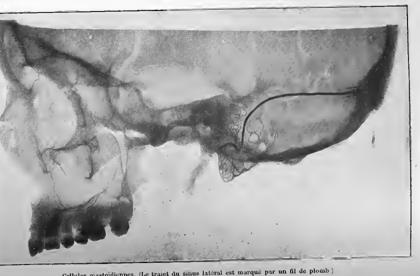
Ces recherches, faites avec l'aide de M. Contremoulin, ont montré qu'on pouvait utiliser la radiographie pour fixer d'une manière plus parfaite que par le procédé des fiches, la topographie cranio-cérébrale. Grâce à certaines précautions, hémisection de la tête, ablation des circonvolutions de la face interne, temps de pose prolongé, on peut voir, à travers les parois craniennes, se dessiner les circonvolutions cérébrales.

On fixe facilement ainsi les rapports des différentes sutures osseuses avec les scissures de l'écorce cérébrale.

En même temps nous avons, par la radiographie, fixé les rapports de certains vaisseaux, de certaines cavités de la face et du crâne, qui intéressent pour ses interventions tout particulièrement le chirurgien (sinus frontaux, cellules mastoïdiennes, sinus veineux cranien, particulièrement le sinus latéral).

26. — **Étude radiographique du crâne et de l'encéphale.** (P. Reynier et Glover, *in* Travaux de Neurologie, 1898.)

Nous avons complété notre communication à l'Académie de Médecine, en donnant dans cette étude le détail de nos recherches sur ce que pouvait donner la radiographie du crâne, appliquée à la précision de la topographie cérébrale.



Cellules mastoïdiennes. (Le trajet du sinus latéral est marqué par un fil de plomb.)



Gr. nat. Radio-photo. par M. le Dr Jules Glover & M. Gottremoulin

Rapport des circonvolutions et ventricule latéral avec la boite cranienne.

27. — **Anatomie chirurgicale de l'oreille**. En collaboration avec le Dr Glover. *Sous presse*.

Nous avons confié à M. Maloine l'édition d'un livre où nous étudions l'anatomie chirurgicale de l'oreille. C'est un livre de recherches toutes personnelles. Nos descriptions sont faites d'après de nombreuses préparations et des coupes exécutées toutes par nous, dessinées par l'un de nous. Nous arrivons ainsi grâce à des coupes étagées à montrer les différents rapports, suivant la profondeur, qui existent entre les nombreux organes contenus dans le rocher, et à bien établir la forme des différentes cavités qui y sont creusées.

Le plan de l'ouvrage est ainsi conçu. Dans un premier chapitre nous étudions l'*appareil lymphatique de l'oreille et des organes annexes*.

Nous sommes arrivés à injecter les vaisseaux lymphatiques du pavillon de la trompe d'Eustache, et à les suivre jusqu'à la première portion du conduit. Or, nous montrons par ces injections que les vaisseaux lymphatiques de la trompe communiquent avec ceux du voile du palais, ce qui explique les salpingites faciles à la suite des inflammations du rhinopharynx.

2° Dans un second chapitre, nous décrivons le *système cellulo-pétreux pétro-mastoïdien*, étudiant le développement, l'évolution du système cellulaire pétro-mastoïdien chez le nouveau-né et l'enfant, puis ensuite l'anatomie topographique du système pétreux et mastoïdien de l'adulte.

3° *Attique et caisse du tympan* : nous montrons les différents ligaments, les replis et les culs-de-sac qui se trouvent

dans cette cavité, et nous en déduisons des considérations importantes au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique.

4° Nous montrons ensuite les connexions avec l'appareil auditif de perception, oreille interne, labyrinthe, vestibule, canaux demi-circulaires, limaçon.

5° Les connexions avec les cellules mastoïdiennes et le canal de l'*aditus ad antrum*, que nous ouvrons aujourd'hui dans le traitement des suppurations de l'oreille, sont minutieusement décrites, ainsi que ses rapports avec les organes voisins, canal demi-circulaire et nerf facial, précisés avec soin.

28. — **Série de pièces sèches sur les aponévroses du cou.** (Collection de l'École de Médecine.)

Dans ces pièces qui se trouvent dans la Collection de l'École de Médecine, nous avons montré les différents plans aponévrotiques, et leurs rapports avec les plans musculaires.

29. — **Série de pièces sèches sur le canal thoracique et ses affluents.** (Collection de l'École de Médecine.)

Nous avons fait toute une série de pièces sur les origines, les canaux affluents, et le tronc du canal thoracique dont nous montrons les rapports.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

ET CLINIQUE EXPÉRIMENTALE

30. — **Du bruit du moulin. Recherches cliniques expérimentales.** (Thèse de doctorat, 1880.)

Dans cette thèse faite sous l'inspiration du professeur Tillaux j'ai le premier attiré l'attention sur les lésions de la cavité virtuelle, qui se trouve comprise entre les plèvres, la paroi thoracique et le péricarde (cavité pneumo-péricardique). Cette cavité à l'état normal est remplie par du tissu cellulaire lâche, dans lequel les épanchements d'air et de sang se produisent très facilement à la suite des fractures de côte et des lésions traumatiques ou pathologiques des poumons.

Les épanchements hémo-aériques donnent lieu à des bruits d'auscultation particuliers, de résonance métallique due à la propagation des bruits du cœur, à travers cette couche hydro-aérique.

Un de ces bruits avait été désigné par Morel-Lavallée sous le nom de bruit de moulin, comme un des signes pathognomoniques des lésions du péricarde. J'ai démontré par des faits cliniques et par de nombreuses expériences sur les

animaux que ce bruit avait une signification tout autre, dans un certain nombre de cas, et était le signe d'une lésion bien plus bénigne, dont je donnais d'ailleurs les autres caractères, et pouvait exister sans lésions du péricarde.

31. — **Des Ptoses de l'adolescence et de la vieillesse.** (*Journal de médecine interne* 1898.)

En 1898, j'ai fait toute une série de leçons pour démontrer que certains troubles de l'adolescence et de la vieillesse se rattachent les uns aux autres par un lien, que la clinique et la physiologie nous font connaître. C'est la préface de ces leçons que j'ai fait paraître dans le *Journal de Médecine interne* en 1898, préface qui donne la raison physiologique de tous ces troubles.

Je montre, en effet, que nos organes, nos os ne sont maintenus en place que par l'*action* du système musculaire environnant. Cette action se manifeste grâce aux deux lois physiologiques :

1° Le muscle grâce au *tonus* joue le rôle de ligament actif.

Ce tonus est sous la dépendance du système nerveux.

2° Tout muscle se contractant, le muscle d'action opposée se contracte pour limiter, graduer l'effort qu'on veut faire.

C'est la loi de synergie musculaire, qui est également sous la dépendance du système nerveux, où se trouvent des centres présidant à cette coordination.

Que le système nerveux, soit par trouble congénital, soit par trouble acquis, fonctionne irrégulièrement, tonus et synergie musculaire sont troublés. Les muscles ne main-

tenant plus les os ou les organes par une pression égale sur tous les points, et sur certains points se relâchant, l'os ou l'organe se déplace. Ainsi peuvent se comprendre les ptoses de l'adolescence, scoliose, tarsalgie (liées à des troubles nerveux que je signale); les ptoses de l'âge adulte, prolapsus utérin, rein mobile, dilatation de l'estomac, prolapsus rectal, varices (tonus insuffisant des muscles légers); les ptoses de la vieillesse, chute prononcée de l'utérus, hernies, scoliose s'accentuant.

Les facteurs de ces troubles nerveux sont :

Pour l'enfance : l'hérédité, la vieillesse des parents, les maladies infectieuses.

Pour l'adolescence : l'hystérie, les maladies infectieuses.

Pour l'âge adulte : les fatigues, la grossesse chez la femme, la mauvaise nutrition.

Pour la vieillesse, les lésions séniles des muscles et du système nerveux.

32. — **Traitement des tumeurs malignes par le sérum anticellulaire du Dr Vlaeff.** (Société de Chirurgie, 1901.)

A propos d'un rapport, que j'avais été chargé de faire sur le traitement des tumeurs malignes par le sérum d'animaux immunisés contre l'action des ferments, j'ai longuement étudié les théories microbiennes du cancer, donnant tout ce qui militait en faveur de l'origine infectieuse de cette affection qui me parait de plus en plus probable.

Après avoir rappelé les observations de plus en plus nombreuses, où la contagion du cancer semble devoir être admise, je montre que si on relève les antécédents des

cancéreux, on ne peut ne pas être frappé des grandes analogies qui existent entre le cancer et certaines infections mieux connues comme la tuberculose, qui nécessitent, pour s'installer, une infection antérieure, qui ait préparé le terrain. Or pour le cancer, la syphilis semble jouer ce rôle d'infection préparatoire. Mes statistiques confirmées par celles de M. Gaucher démontrent le fait d'une façon évidente, tout au moins pour le cancer débutant avant cinquante ans.

33. — **De la luxation sus-épineuse de l'extrémité externe de la clavicule.** (Mémoire paru dans la *France Médicale*, 1877.)

Dans ce mémoire me fondant sur des faits cliniques et des expériences sur le cadavre, j'ai démontré la possibilité d'une variété de luxation de l'extrémité externe de la clavicule en arrière dans la fosse sus-épineuse, variété dont la pathogénie serait la suivante : elle se produirait dans les chutes où la partie postérieure du moignon de l'épaule vient porter contre le sol. Pour qu'elle se produise il faudrait la rupture complète des deux ligaments trapézoïde et conoïde. Je terminais enfin en signalant l'irréductibilité constatée dans les trois observations, qui étaient le point de départ de mon mémoire.

34. — **Luxation sus-épineuse de l'extrémité interne de la clavicule : son traitement.** (Société de Chirurgie, 2 février 1898.)

En 1898, il m'a été donné de vérifier anatomiquement ce que j'avais, en 1877, décrit cliniquement et d'après l'expé-

rimentation. Ayant en effet constaté sur un malade une luxation de l'extrémité externe de la clavicule, que je ne pouvais réduire, je l'opérai. L'extrémité externe de la clavicule sous le trapèze était dans la fosse sus-épineuse; un faisceau musculaire déchiré interposé entre les surfaces osseuses empêchait la réduction. Les deux ligaments trapézoïde et conoïde étaient complètement rompus. Ayant remis l'os en place, je le maintins dans sa bonne position en passant un fil d'argent, d'une part dans l'extrémité externe de la clavicule, d'autre part dans l'acromion.

35. — **Synovite à grains riziformes.** (Société de Chirurgie, 1888.)

En même temps que M. Tezillon je montrais par l'expérimentation sur les animaux, que la synovite à grains riziformes était de nature tuberculeuse; et j'ai insisté sur ce fait que dans le cas particulier, le plus souvent les examens microscopiques et les cultures étaient négatifs, et que la démonstration de la nature tuberculeuse de l'affection se faisait surtout par l'inoculation sur les animaux. A l'appui je présentais des animaux chez lesquels par l'inoculation de ces grains riziformes j'avais pu développer des lésions tuberculeuses.

36. — **Modification de la température à la suite d'hémorrhagies internes intra-séreuses.** (Société de Chirurgie, 4 décembre 1895.)

Ayant déjà insisté au Congrès de Chirurgie de 1895 sur les élévations de température, qui suivent les hémorrhagies

intra-péritonéales sans que, cependant, l'examen bactériologique m'eut démontré la septicité de ces épanchements, et profitant d'une discussion qui s'était élevée à ce sujet, je viens affirmer, avec des observations où l'examen bactériologique avait été fait, la possibilité de la fièvre, dans les cas où il se produit une hémorragie dans une séreuse, sans que pour cela on soit en droit de conclure à la septicité de cet épanchement. Cette élévation de la température tient à la réaction de la séreuse contre le sang, corps étranger, et au travail qui en résulte pour l'enkystement, et la résorption de celui-ci. MM. Quénu et Tuffier en même temps que moi soutenaient les mêmes idées. Cette discussion a été le point de départ d'un travail très important de M. le Dr Pillon qui a étudié au point de vue expérimental, la fièvre traumatique aseptique (1897).

37. — **Influence du système nerveux dans la pathogénie des gangrènes.** (Congrès de Chirurgie, 1892.)

Dans ce travail j'ai essayé de faire prévaloir cette idée, nouvelle à cette époque, et qui tend de plus en plus à être acceptée, que pour que la gangrène se produise dans un tissu, sous l'influence de l'infection ou d'un traumatisme léger, il faut que le terrain soit préparé par des troubles de nutrition. La cause première de ces troubles de nutrition, qui prédisposent les tissus à la gangrène, se trouve dans les lésions primitives du système nerveux, dont l'influence trophique sur les tissus se trouve confirmée surabondamment par les faits pathologiques.

38. — **Pathogénie et nature de l'angine de Ludwig.** (Société de Chirurgie, 1893.)

Ce sont les mêmes idées que nous avons défendues à la Société de chirurgie, en 1893, quand on discutait sur la nature de ce phlegmon sus-hyoïdien gangréneux qu'on appelle angine de Ludwig, et que nous avons montré, par des observations personnelles, ne se développant que chez des sujets dont la nutrition est atteinte, et dont le système nerveux est touché (diabétiques, alcooliques surmenés).

CONTRIBUTIONS A LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE DU DIABÈTE

Frappé de voir combien différemment des autres malades réagit le diabétique aux interventions chirurgicales, j'en ai cherché la raison, et ai été ainsi amené à étudier la physiologie pathologique du diabétique. J'ai consigné le résultat de ces recherches dans plusieurs mémoires et thèses de mes élèves.

39. — **De l'importance du réflexe patellaire dans le diabète.** (Société de Chirurgie, 1888.)

Dans un travail dont les conclusions n'ont pas encore été démenties, j'ai montré la valeur au point de vue du pronos-

tic du réflexe patellaire dans le diabète. La présence de ce réflexe indique que la nutrition du diabétique n'est pas très touchée, et qu'il peut subir des opérations chirurgicales. Sa disparition pouvant coïncider avec la disparition du sucre est l'indice d'un état grave, qui contre-indique toute opération.

Depuis, toutes les observations que j'ai recueillies sont venues confirmer cette manière de voir; et je pouvais, avec encore plus de conviction affirmer le fait dans une nouvelle communication à la Société de Chirurgie en 1901.

40. — **Des accidents chirurgicaux chez les diabétiques.** (Société de Médecine et Chirurgie pratique, 1894.)

L'étude des troubles de nutrition, que présentent les diabétiques, m'a conduit à les étudier au point de vue chirurgical; j'ai montré qu'il y avait lieu de tenir grand compte des origines du diabète, des troubles de nutrition qui avaient pu se produire pour dicter la conduite du chirurgien. Les diabétiques arthritiques sont ceux qui supportent le mieux les opérations, tant que leur système nerveux n'est pas touché. Il y a toutefois lieu de tenir compte de l'infection très facile de ces malades; ce qui oblige à une asepsie très rigoureuse.

41. — **Des interventions dans les gangrènes diabétiques.** (Société de Chirurgie, 1900.)

A propos d'une communication de MM. Demons et Bégouin, j'ai repris la parole à la Société de Chirurgie

pour parler des gangrènes des diabétiques. J'ai spécifié qu'on se trouve ici en présence tantôt d'une gangrène athéromateuse par oblitération des vaisseaux, tantôt d'une gangrène trophique. Le pronostic de ces gangrènes est différent.

Dans la gangrène athéromateuse, on peut faire des amputations qui ont chance de réussir, tandis que dans la gangrène trophique, ce pronostic est particulièrement grave; dans ce dernier cas, l'on se trouve en présence d'un malade dont le système nerveux, en imminence de faire faillite, celui-ci ne préside plus à la nutrition des tissus, qui se gangrènent. Toute intervention risque fort, en pareille circonstance, d'être suivie d'un insuccès.

42. — **Pronostic et traitement chirurgical des diabétiques.** (Janin, thèse 1901.)

J'ai fait connaître dans une thèse écrite sous mon inspiration par un de mes élèves, le Dr Janin, mes idées personnelles sur le pronostic et le traitement chirurgical des diabétiques.

Au point de vue du pronostic, par de nouvelles observations, j'ai fait démontrer l'importance de la recherche des réflexes chez le diabétique. La présence ou l'absence des réflexes donnant la mesure de la résistance des diabétiques aux actes chirurgicaux. Son absence étant d'un pronostic mauvais interdisant toute opération, à moins d'une nécessité absolue.

Au point de vue du traitement, on ne doit jamais oublier que le diabétique est un trophique, dont le système nerveux

est en imminence de faire faillite, et dont la nutrition périclite. Aussi doit-on se garder de tous les pansements irritants; et le mieux est d'avoir recours à l'asepsie, et ne pas faire usage des solutions antiseptiques tels que le sublimé, l'acide phénique, l'iodoforme, que les tissus des diabétiques souvent ne supportent pas. Ils ont en effet des névrites périphériques, qui les disposent aux eczémas et érythèmes médicamenteux.

On peut opérer un diabétique, surtout quand on a affaire à un artério-scléreux; mais il faut savoir que toute infection devient grave chez eux, et il faut redoubler pour ces malades de précautions aseptiques. Les observations que j'ai données à M. Janin, démontrent ces faits.

TÉTANOS

43. — **Communication sur le tétanos.** (Société de Chirurgie 1890.)

Cette communication a été faite à propos d'une observation, où j'avais trouvé le bacille de Nicolaier; je l'avais inoculé, et réussis à développer le tétanos sur plusieurs animaux. Ces recherches étaient alors intéressantes, car elles venaient confirmer les travaux encore récents de Nicolaier; et j'étais un des premiers en France à démontrer la présence du bacille tétanique sur l'homme.

44. — **Contribution à l'étude du tétanos.** (Société de Chirurgie, 1901.)

Ayant eu une petite épidémie de tétanos dans mon service, j'ai cru devoir donner la relation de cette épidémie, étudier les circonstances dans lesquelles elle était née ; en même temps mettre en lumière certains points intéressants qu'il m'avait été donné d'observer.

Je montre tout d'abord la difficulté de se préserver de ces accidents tétaniques, qui éclatent inopinément dans un service où toutes les précautions aseptiques les plus minutieuses sont prises. Il semble qu'on doive admettre pour le le tétanos une sorte de microbisme latent, que le traumatisme développe. Je cite à l'appui de cette idée des observations de tétanos survenant chez des jardiniers, chez des gens semblant prédisposés par des accidents nerveux antérieurs.

Dans cette même communication, je cite deux observations particulièrement intéressantes, où les injections de sérum antitétanique préventifs n'ont pas empêché le tétanos d'apparaître, celui-ci survenant neuf jours après l'injection. Enfin, ayant eu dans cette épidémie des cas de guérison, je regarde dans quelles conditions ils se sont produits et j'arrive à conclure que le meilleur traitement à l'heure actuelle du tétanos consiste à faire des injections de sérum antitétanique, et à donner du chloral, mais à doses très élevées.

Il ne faut pas craindre comme Demmler et M. Lancereaux l'ont préconisé, de donner 20 à 22 grammes par jour de chloral aux tétaniques. Il est remarquable de voir

comme en pareille circonstance les malades supportent ces doses élevées.

45. — **Accidents tétaniques chez une laparotomisée : Difficultés du diagnostic.** (Société de Chirurgie, 1900.)

Je montre dans cette communication, où j'apporte une observation d'une malade que j'avais opérée, la difficulté du diagnostic dans certains cas, entre la méningite cérébro-spinale, et le tétanos.

46. — **Rapport sur une observation de tétanos, présentée par M. Platon.** (Société de Chirurgie, 1900.)

A propos d'une observation de tétanos survenue à la suite d'une amputation du col, et d'une incision du cul-de-sac avec salpingectomie par cette voie, où le tétanos avait éclaté quoique toutes les précautions aseptiques eussent été prises, je reviens sur cette difficulté que nous avons de nous préserver du tétanos, et sur la valeur des injections de sérum antiseptique préventif, qui me paraît encore être sujette à caution.

DE LA TARSALGIE

47. — **Pathogénie de la tarsalgie.** (Congrès de Chirurgie, 1898.

Depuis de longues années je poursuis des études sur la tarsalgie, et c'est le résultat de ces recherches que j'ai exposé au Congrès de Chirurgie de 1898. J'ai montré que la tarsalgie est une affection causée par un trouble du système nerveux. Les malades qui en sont affectés sont des névropathes. Pour s'en assurer on n'a qu'à relever avec soin leurs antécédents héréditaires, tenir compte de leur état cérébral, et relever les stigmates de nervosisme, d'hystérie, qu'ils présentent tous à des degrés variables. On comprend alors qu'on se trouve ici en présence de contracture et de paralysie musculaire, comme peuvent en avoir tous les malades porteurs de ces tares nerveuses. Cela explique pourquoi la tarsalgie est une maladie surtout de l'adolescence, âge favorable pour la manifestation de tous ces troubles névropathiques. Cette pathogénie nous rend compte enfin de ces lésions osseuses bizarres, qu'on ne savait comment classer, et qui ne sont en réalité que des lésions trophiques.

Ces idées sont acceptées depuis par des neurologistes distingués. M. le Dr Féré a publié des observations à l'appui.

48. — **De la tarsalgie dans ses relations avec les troubles du système nerveux.** (Gamblin, thèse 1898.)

Dans ce travail fait sous notre inspiration, et avec tous nos documents et sur observations personnelles, nous faisons étudier les relations de la tarsalgie avec les troubles névropathiques. On trouvera dans cette thèse un certain nombre d'observations où la tarsalgie coïncide avec des tares nerveuses; hystérie, chorée; ce qui justifie la conclusion.

Dans toute tarsalgie, il y a derrière l'état local, un état général prédisposant. La maladie a besoin pour se montrer d'un terrain névropathique.

---

49. — **Mémoire sur trois cas de pustule maligne, produits par la fabrication des baleines de corsets.** En collaboration avec le Dr Gellé. (*Archives de Médecine,* 1884.)

Dans ce mémoire nous faisions connaître un mode de contamination encore inconnu, et sur lequel il était important d'attirer l'attention. Les trois cas de pustule maligne provenaient d'une fabrique de baleines pour corsets, baleines faites avec la corne de buffles.

A propos de ces trois cas, nous fîmes des recherches bactériologiques, des inoculations, qui nous permirent, grâce au concours bienveillant de M. le professeur Cornil qui nous donna le résultat de ses examens histologiques, de mettre en lumière certains points intéressants de la marche

de l'affection. Nous pûmes ainsi montrer, ainsi que l'avait déjà dit Davaine, que la bactérie charbonneuse d'abord localisée au niveau de la pustule, tend à s'éliminer par le poumon, les glandes de l'estomac, de l'intestin, le foie, le rein, à un moment on n'en trouve plus dans le sang, toutefois celui-ci conserve encore sa toxicité, car avec ce sang dépourvu de bactéries charbonneuses, nous pûmes tuer des animaux.

Ces recherches étaient intéressantes à l'époque où elles ont paru. On ne connaissait pas encore les toxines qui depuis ont donné la raison de cette toxicité du sang ne contenant plus de microbes.

50. — **Adénite cervicale.** Extirpation, plaie de la jugulaire, entrée d'air dans les veines. (Société de Chirurgie, 4 juillet 1888.)

Cette observation, qui a été publiée en entier, avec les pièces à l'appui, a été souvent discutée, et reproduite dans différents mémoires. Elle était un exemple de cet accident, l'entrée de l'air dans les veines, qui se produit surtout dans les extirpations des tumeurs de la base du cou. Quelques chirurgiens qui n'ont jamais assisté à pareil événement, qui n'ont pas entendu ce bruit caractéristique de l'entrée de l'air, et vu la syncope immédiate du malade se produisant, doutent encore de la possibilité de cet accident, qui paraît indiscutable pour celui qui comme moi en a été deux fois témoin, une fois comme interne de M. Gosselin, l'autre fois comme opérateur.

CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

CHIRURGICALES

51. — **De l'anthrax** (*Journal des Praticiens*, 1899.)

Cette leçon est le résumé des vues personnelles que j'ai acquises pendant mes 20 ans de carrière chirurgicale sur la pathogénie, l'anatomie pathologique, le traitement de l'anthrax.

Si l'anthrax est du à une infection bien connue depuis les travaux de Pasteur, cette infection pour se développer a besoin d'un milieu préparé, par le surmenage, les infections antérieures, les troubles de nutrition, et d'élimination, diabète, albuminurie. C'est une infection trophique, et là la recherche des réflexes a une importance très grande pour le pronostic, l'absence des réflexes faisant présumer l'envahissement de l'anthrax, et une économie en déchéance ne pouvant résister à l'infection.

Toute affection furonculeuse est un *noli me tangere*. Ce qui veut dire qu'on doit éviter toute pression intempestive, tout frottement, sous peine de voir le furoncle se développer, et le terrain aidant se transformer en anthrax.

Dans toutes ces affections furonculeuses le meilleur trai-

tement consiste dans les enveloppements humides aseptiques, les pulvérisations phéniquées (Verneuil).

On ne doit intervenir que quand la fièvre survient indiquant la formation d'un abcès sous l'anthrax, dans le tissu cellulaire sus-aponévrotique. Il faut alors ouvrir, en allant profondément pour atteindre cet abcès.

52. — **Des gommmes syphiliques du testicule.** (*Archives de Médecine*, 1879.)

Dans ce travail j'ai le premier montré que contrairement à l'opinion de Ricord, admise jusque-là, les gommes du testicule suppurent, comme dans tout le reste de l'économie, et donnent lieu à des fongus. Les gommes de l'albuginée étaient surtout celles qui étaient le plus exposées à cette complication.

53. — **Sur une propriété nouvelle du salol.** Travail en collaboration avec le Dr Ischwall. (Société de Chirurgie, 1894.)

Avec le Dr Ischwall nous avons montré que le salol était fusible à une température très basse de 40°, et que dans cet état, il avait la propriété de se mélanger avec un grand nombre de corps tels que le camphre, l'iodoforme, le naphtol camphré, l'aristol, etc.

En se refroidissant, le salol contenant ces substances se cristallise en prenant la forme des cavités ou des bases dans lesquelles il se trouve. Cette propriété nous a conduit à employer le salol iodoformé pour combler les cavités

osseuses résultant de nos trépanations et traiter les lésions tuberculeuses osseuses.

54. — **De l'emploi du salol pour oblitérer les cavités osseuses.** (Société de Chirurgie, 1895.)

Dans un nouveau mémoire, nous avons, avec des observations nombreuses à l'appui, montré que ces blocs de salol iodoformé pouvaient rester dans les cavités osseuses et les oblitérer sans jouer le rôle de corps étranger. Cela nous a conduit à formuler un nouveau traitement des lésions osseuses, traitement qui permet de traiter et d'obtenir la guérison de celles-ci beaucoup plus rapidement qu'on ne pouvait le faire jusqu'à présent.

55. — **Sur l'eau oxygénée.** (Société de Chirurgie, 1900.)

Ayant été un des premiers à employer l'eau oxygénée en chirurgie dès 1893, je signale les dangers de l'emploi de l'eau oxygénée du commerce, qui est caustique à cause de l'acide chlorhydrique qu'elle contient; on risque en l'employant, sans l'additionner d'eau, de produire des escharres. Ce sont ces remarques qui ont poussé les pharmaciens à nous préparer une eau oxygénée, où l'acide nécessaire pour que l'eau oxygénée ne se décompose pas, est remplacé par l'acide borique.

56. — **Anévrysme artério-veineux du sinus caverneux : Ligature de la carotide primitive. Traitement par le sérum gélatiné. Guérison.** (Société de Chirurgie, 29 mars 1901.)

L'observation que j'ai publiée *in extenso* d'anévrysme artério-veineux du sinus caverneux offre un grand intérêt, car les cas de guérison de ces lésions sont rares, et c'était la première fois qu'on essayait après ligature préalable d'une des carotides, qui n'avait pas amené la disparition du souffle, le traitement de MM. Lancereaux et Paulesco, par les injections de sérum gélatiné. Ces injections de sérum gélatiné amenèrent la guérison complète. Un de mes élèves a pris cette observation comme sujet de sa thèse.

57. — **Du chlorhydrate d'ammoniaque comme résolutif dans les affections tuberculeuses et inflammatoires.** (*Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine et Chirurgie pratique*, 20 décembre 1900.)

Dans ce mémoire je montre tout le parti qu'on peut tirer des applications de la solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, préconisée comme résolutif puissant par Velpeau, Trousseau, Dupuytren. J'ai pu grâce à ces applications faire disparaître des hygromas des hydarthroses et obtenir la résolution de synovite suspecte, et de lésions bacillaires au début.

58. — **Sur la valeur de la radiographie dans le diagnostic des déplacements des fractures.** (Société de Chirurgie, 28 février, 1900.)

Je montre dans cette communication qu'on ne saurait se fier à toute épreuve radiographique pour apprécier le degré des déplacements des fractures. Il faut, en effet, être sûr qu'on a bien placé son foyer lumineux verticalement au-dessus du trait de fracture, précaution qui, bien souvent, n'est pas prise. Et cependant elle est nécessaire, car le moindre déplacement du foyer lumineux fait varier les résultats de l'examen radiographique. Des fragments d'os placés dans un plâtre bout à bout peuvent, sur un cliché radiographique, paraître tout à fait séparés si on éloigne du foyer lumineux le tube de Crookes. La radiographie n'est, en effet, que la reproduction d'une ombre projetée dont la forme varie suivant la position du foyer lumineux. La démonstration de ces faits a une grosse importance pour la médecine légale.

59. — **Tuberculose testiculaire.** (Société de Chirurgie, 1899.)

Dans un long rapport sur une observation de castration présentée par M. le Dr Beurnier, j'étudie la pathogénie de la tuberculose testiculaire et son traitement.

Je montre avec des observations que, contrairement à l'opinion courante, la prostate ne se prend que secondairement, à la lésion épididymaire; elle se prend toutefois très rapidement, ce qui indique la nécessité d'intervenir vite.

Les résultats des interventions sont différents, suivant

qu'on s'attaque à une tuberculose qui a suppuré, et qui s'est ouverte à l'extérieur, ou à une tuberculose encore fermée. Autant dans le premier cas il y a à craindre de nouvelles manifestations tuberculeuses, autant dans le second cas on peut espérer arrêter l'extension de la maladie. L'adjonction du micro-organisme de la suppuration au bacille de Koch facilite sa généralisation.

En cas de lésion très limitée on peut avoir recours aux opérations partielles. Mais si la lésion est limitée à un seul côté, et a déjà envahi le canal déférent, la castration doit être préférée, avec ablation totale si on peut, ou tout au moins très étendue du canal déférent. Si les vésicules séminales sont prises l'exérèse doit être poursuivie jusqu'à elles. Lorsque les lésions sont doubles, il vaut mieux avoir recours au traitement médical, ne faire la castration qu'en présence de suppurations qui épuisent le malade, ou mieux, détruire le testicule au thermo cautère d'après la méthode Verneuil et laisser un noyau cicatriciel, testicule moral.

60. — **Hallus Valgus.** (Société de Chirurgie, 26 février 1896.)

La déviation du gros orteil en dehors chez les jeunes sujets est due à une rétraction tendineuse, qui est la lésion principale; chez le vieillard, il y a de l'arthrite primitive de l'articulation métatarso pharyngienne et contracture consécutive des muscles. On est obligé de faire en même temps que la résection osseuse et l'ostéotomie une section et un allongement des tendons.

61. — **Les adénites tuberculeuses chez les vieillards.** (Congrès de Chirurgie, 1901.)

J'attire par cette communication, basée sur un certain nombre d'observations, l'attention sur le pronostic plus grave des adénites tuberculeuses dans l'âge avancé. Au fur et à mesure qu'on avance en âge, on se défend moins bien contre la tuberculose et souvent après avoir été soigné d'une adénite, le même malade vous rappelle à brève échéance pour d'autres manifestations tuberculeuses.

62. — **Les ostéomes musculaires.** (*Presse Médicale*, 14 juin 1899.)

Ayant eu à opérer un certain nombre d'ostéomes j'étudie dans une leçon parue dans la *Presse Médicale*, la symptomatologie, et la pathogénie de ces productions osseuses, et montre comment avec la radiographie on peut arriver à faire un diagnostic précis de leur forme et de leur siège.

63. — **Rapport sur deux observations de gangrène herniaire traitées l'une par la résection intestinale, l'autre par l'anus contre nature, et restauration consécutive de l'intestin,** par le Dr Buffet. (Société de Chirurgie, 1900.)

Dans ce rapport, je défends cette idée qu'en présence de gangrène herniaire on ne saurait avoir de règle absolue. Le chirurgien doit régler sa conduite sur l'état général de la malade, et les lésions qu'il trouve. L'entérorraphie immé-

diate est l'opération de choix lorsque les malades ont une certaine résistance, lorsqu'il n'existe pas de lésions inflammatoires trop considérables, de phlegmon stercoral. Dans le cas contraire et sur les malades épuisés l'anus contre nature est préférable.

64. — **Lymphangiome.** (Société de Chirurgie, 1900.)

A propos d'un malade que j'avais opéré d'un lymphangiome de la cuisse, je fais l'histoire de ces lymphangiomes, et j'apporte des examens histologiques des pièces enlevées par moi, dans lesquels je montre que dans quelques cas on a affaire à de véritables tumeurs cirsoïdes lymphatiques d'origine congénitale, dont l'évolution rappelle celle des tumeurs érectiles veineuses, ou artérielles.

65. — **Périostite albumineuse d'Ollier.** (Revue clinique, *Archives de Médecine*, 1880.)

Ayant eu à observer des cas de périostite albumineuse dans une revue clinique j'expose les travaux qui ont été faits sur cette curieuse affection.

66. — **Traitement des brûlures.** (Société de Chirurgie, 1898.)

Si l'acide picrique peut, chez les enfants, occasionner des accidents, chez les adultes, dans les brûlures au premier et deuxième degré, il rend des services, calmant

les douleurs de la brûlure. Son application est pour quelques instants douloureuse. Je préconise pour les brûlures de la face les pansements faits avec une pommade antiseptique, ou le liniment oléo-calcaire étendu sur du taffetas gommé, préalablement bouilli. On évite ainsi les douleurs dues à l'adhérence du pansement, et qui sont si pénibles pour les malades, quand on est obligé de le renouveler.

67. — **Rapport sur un travail du Dr Schmidt sur un cas de gangrène de la jambe consécutif à un érysipèle de la face.** (Société de Chirurgie, 21 janvier 1891.)

Dans ce rapport, j'étudie la pathogénie de ces gangrènes liées à des états infectieux, et qui sont le plus souvent dues à des endartérites; et je recherche la meilleure conduite à tenir en face de pareils accidents, et qui paraît consister dans l'embaumement du membre, et n'intervenir que quand le sphacèle s'est limité.

68. — **Traitement des varices.** (Société de Chirurgie 1891.)

Dans cette communication, nous préconisons le procédé de Trendelenburg qui consiste dans la résection de la veine saphène interne après ischémie préalable du membre par l'élévation.

Nous citons plusieurs observations de guérison à l'appui. Nous étions les premiers en France à attirer l'attention, sur ce procédé, que nous avions déjà préconisé à la Société de Médecine et Chirurgie pratique en 1888.

69. — **Traitement des fractures par le massage.** (Société de Médecine et Chirurgie pratiques, 1899.)

Je viens parler de plusieurs observations de fractures intra-articulaires du membre supérieur, coude, épaule, où j'ai pu obtenir la guérison avec conservation complète des mouvements des articulations, par le massage préconisé par M. Lucas-Championnière. Je pars de ces observations pour dire toutefois dans quel cas on doit avoir recours au massage, qui me paraît devoir être le traitement de choix des fractures articulaires du membre supérieur, où la mobilité des articulations a plus d'importance que la rectitude du membre. Au membre inférieur, il n'en est plus de même, et la rectitude, la conservation de l'axe du membre primant tout, il vaut mieux avoir recours à l'immobilisation dans le plâtre, qu'on ne prolongera toutefois plus comme on le faisait autrefois.

70. — **Anesthésie par la cocaïne en injections sous-cutanées.** (Société de Chirurgie, 30 décembre.)

Nous attirons l'attention sur les accidents qui peuvent survenir chez quelques prédisposés à la suite de doses mêmes assez faibles de cocaïne.

71. — **De l'hématurie rénale spontanée.** (Société de Chirurgie, 1898.)

En dehors des cas de cancer, de calculs, l'hématurie rénale spontanée, essentielle des auteurs, est le plus sou-

vent liée à une lésion tuberculeuse, et n'est qu'une hémoptysie rénale.

72. — **Des grandes névralgies pelviennes.** (Société de Chirurgie, 1892.)

Cette communication avait pour but de démontrer que les grandes névralgies pelviennes étaient le plus souvent liées à un état nerveux, hystérie ou neurasthénie. Dans ces conditions, on doit être très sobre de toute intervention, les ablations des annexes, préconisées dans ces cas par quelques auteurs, pouvant augmenter les troubles du système nerveux.

73. — **Psychoses opératoires.** (Société de Chirurgie, 1898.)

Dans cette communication je tâche d'établir que l'acte opératoire, qu'il s'attaque aux ovaires ou à d'autres organes, peut quelquefois être la cause occasionnelle de la psychose, quelquefois l'aggrave, mais jamais ne fait naître en entier cette psychose. Ceux qui deviennent fous après une opération sont des prédisposés, et souvent avaient donné antérieurement des symptômes de folie. Je montre enfin que, quelquefois, l'acte opératoire provoque le délire sénile, devenant la goutte d'eau qui fait déborder un verre trop plein, et précipite une déchéance cérébrale, imminente.

74. — **Psychoses opératoires.** (Société de Médecine et de Chirurgie pratique, 1898.)

Dans cette communication, je montre que si à la suite des opérations se développent des psychoses opératoires, quelquefois des opérations sont nécessitées par des troubles névropathiques dont la psychose post-opératoire dévoile la pathogénie méconnue avant l'opération. C'est à ces troubles qu'appartiennent les grandes névralgies pelviennes, sans grosse lésion appréciable, certaines hémorragies utérines qui simulent des métrorragies, suites d'avortement, et où le rôle du système nerveux devient indéniable, quand une psychose s'installe après un simple curetage. Dernièrement, M. Richelot revenait sur ces idées en décrivant les fausses métrites.

CHIRURGIE OPÉRATOIRE

75. — **Urétérectomie totale.** (Société de Chirurgie, 1893.)

Le premier, j'ai tenté avec succès l'ablation de tout un uretère purulent sur un homme qui avait en plus une hydronéphrose suppurée, que j'avais enlevée.

J'ai préconisé, pour faire cette opération, la voie sous-péritonéale.

Je fais l'incision du canal inguinal, et me servant du canal déférent comme guide, je vais chercher l'uretère dans la fosse iliaque en décollant tout le péritoine.

Dans ce travail, j'ai donné les repères anatomiques qui peuvent guider dans cette recherche.

Ce travail a fait le sujet de la thèse d'un de mes internes, M. le Dr Rousseau (thèse).

76. — **Néphrectomie pour hématurie grave consécutive à une contusion rénale** (Société de Chirurgie, 1899.)

Ayant eu à traiter une femme atteinte d'hématurie persistante, qui s'était déclarée à la suite d'une contusion récente et grave du rein gauche, je crus devoir intervenir, et j'ai

fait la néphrectomie qui m'a montré une déchirure complète du rein avec parties se sphacélant. La malade a guéri. Cette opération est une des premières dans lesquelles pareille intervention a été faite dans les circonstances exposées plus haut.

77. — **Technique opératoire de la néphrectomie.** (Congrès de Chirurgie, 1898.)

Dans cette communication, opposant les résultats de la néphrotomie avec ceux de la néphrectomie, je montre que sauf des cas exceptionnels, et pour la lithiase rénale, la néphrotomie n'est le plus souvent qu'une opération palliative à laquelle on se résout parce qu'on craint que l'autre rein soit pris. Mais elle laisse des fistules qui nécessitent des néphrectomies secondaires. Je préconise pour les néphrectomies les incisions larges permettant l'introduction facile de la main, et celle qui me donne le plus de jour est une incision qui débute verticalement comme l'incision de Simon à 8 centimètres de la ligne médiane, dévie au niveau du carré des lombes obliquement en dehors en suivant le bord externe de ce muscle, et qui se prolonge dans la fosse iliaque, en coupant dans le sens des fibres du grand oblique peau et muscles sous-jacents, découvrant la réflexion du péritoine dans la fosse iliaque, et le relevant. Cette incision donne un jour considérable, et permet de faire une néphrectomie très rapidement.

78. — **Résection du pylore et de la première portion du duodénum. Abouchement de l'estomac avec la deuxième portion.** (Observation recueillie et publiée par M. Wassilieff *in Gazette des Hôpitaux*, 1890.)

Cette observation a surtout comme intérêt d'être une des premières ablations de cancer de l'estomac tentées en France. Si, à l'étranger, Péan, qui avait le premier pratiqué cette opération, avait eu des imitateurs, en France seul il avait fait quatre fois cette opération quand je publiai celle que j'avais faite, et qui était ainsi la cinquième en date. Depuis, cette opération est entrée de plus en plus dans le domaine de la chirurgie.

79. — **Traitement des cals difformes consécutifs aux fractures des os de la jambe à la partie inférieure.** (Société de Chirurgie.)

J'ai conseillé dans ce cas l'ostéotomie des deux os pour les redresser, et en donner le manuel opératoire.

Ces opérations sont devenues, avec l'antisepsie, vulgaires. A l'époque où j'ai publié ce travail, j'étais un des premiers à en parler, et à attirer l'attention sur la thérapeutique à opposer en cas de pareil accident.

80. — **Traitement par l'électrolyse des rétrécissements de l'urèthre.** (Société de Chirurgie, 14 juin 1893.)

Dans ce travail je montre que l'électrolyse dans les rétrécissements de l'urèthre est un moyen infidèle, qui peut

dans quelques cas échouer, et donner lieu à des accidents. Le plus souvent, pour franchir le rétrécissement, on est obligé d'avoir recours à des courants d'intensité forte, qui produisent des escharres. Or, les cicatrices rétractiles, qui suivent la chute de ces escharres exposent aux rétrécissements ultérieurs.

81. — **Rapport sur la résection veineuse dans les cas de trombose pour parer aux accidents emboliques**, par le Dr Ischwall.

En présence d'accidents emboliques il est bon de faire la ligature veineuse entre le cœur et le caillot. Nous citons une observation où pareille conduite a été tenue par un de nos élèves sur nos conseils, et qui a été suivie de l'arrêt des accidents et de la guérison.

82. — **Rapport sur la luxation double de l'astragale; ablation de l'astragale. Guérison**, par M. Leguen. (Société de Chirurgie, 29 mars 1899.)

Dans ce rapport je montre que dans de certains cas on est obligé d'avoir recours à l'ablation de l'astragale afin de rendre au malade la possibilité de la marche.

83. — **De la réduction sanglante dans les cas de luxation totale de l'astragale.** (Société de Chirurgie, 1901.)

Dans ce travail je défends cette idée qu'avant de penser à faire l'ablation de l'astragale, comme il est dit dans tous

les livres classiques, dans les cas de luxation totale, il est préférable d'essayer de remettre en place cet os au moyen d'une opération sanglante. A l'appui de cette idée je cite l'observation, qui est une des premières de ce genre, d'un homme chez lequel j'ai pu, en présence d'une luxation totale de l'astragale, réduire après incision l'os luxé, et la guérison complète s'est produite, sans nécrose de l'os. J'ai pu dans cette réduction constater que l'obstacle de la réduction est, comme l'a dit Nélaton, l'onglet de la face postérieure de l'astragale, qui vient buter dans la rainure calcanéenne, et qu'il faut soulever pour que l'os se remette en place.

84. — **Ligature de l'iliaque primitive.** (Revue dans les *Archives de Médecine*, 1889.)

Je rapporte 79 cas de ligature de l'iliaque primitive avec 74,68 p. 100 de mortalité. Chiffre considérable, mais qui n'étonnait pas à l'époque où ces opérations étaient faites. Cette statistique montrait non seulement la gravité de cette opération, mais ne prouvait pas, comme le disait Küssmaul qu'elle expose moins que la ligature de la fémorale à la gangrène du membre.

85. — **Hernie du poumon à travers l'éclatement complet d'un espace intercostal. Emphysème généralisé. Intervention. Guérison.** (Société de Chirurgie, 1895.)

C'était la première fois qu'on intervenait pour remédier à de pareils accidents. J'ai montré par cet exemple qu'en présence d'un emphysème se généralisant, consécutif à une

fracture de côtes, il fallait ne plus s'abstenir, comme c'était la règle jusqu'alors, mais qu'on avait, grâce à l'antisepsie, le devoir d'aller rechercher la cause de l'emphysème, et en libérant le poumon embroché par un fragment de côte, de la faire cesser.

86. — **Du pied bot paralytique. Son traitement.** (Société de Médecine et Chirurgie pratique, 1896.)

Dans cette communication j'ai signalé les troubles de nutrition, troubles trophiques portant sur tous les tissus, et en particulier sur les os, qui distinguent le pied bot paralytique du pied bot congénital. Les os sont en effet dans ce cas non seulement déformés, mais friables, graisseux.

J'ai étudié ensuite les différentes opérations qu'on peut opposer à cette infirmité arthrodèse, astragalectomie, tarsectomie, et essayé de montrer qu'elles étaient leurs indications, me prononçant surtout pour l'astragalectomie, qui me paraît donner des résultats supérieurs à ceux de l'arthrodèse.

CHIRURGIE DE L'OREILLE

87. — **Trépanation de l'apophyse mastoïde.** (Société de Chirurgie, 29 juin, 1892.)

J'insiste sur la nécessité de faire la trépanation de l'apophyse mastoïde de très bonne heure dans les cas d'otite

moyenne, et sur ce fait qu'après la trépanation de l'apophyse mastoïde l'ouïe semble revenir plus vite et plus complètement que quand on s'est simplement contenté de donner issue au pus par une perforation de la membrane du tympan.

La configuration anatomique de la caisse donne en effet la raison de ce fait clinique. — La perforation de la membrane du tympan ne peut évacuer que le pus qui est dans la partie basse de la caisse, mais ne permet pas de nettoyer et d'évacuer les produits purulents qui sont dans l'attique, située au-dessus des osselets, qui forment une cloison, empêchant le pus de tomber dans la portion tympanique.

88. — **Evidement pétromastoïdien.** (Communication au Congrès de Chirurgie, 1897.)

Dans ce travail, qui repose sur des recherches anatomiques personnelles, je montre que pour tarir les suppurations de l'oreille de longue durée, la meilleure intervention est l'ouverture large de toutes les cavités, envahies par la suppuration, caisse, cellules mastoïdiennes, et canal de l'aditus. Je donne les règles de cet évidement pétromastoïdien, indiquant un procédé opératoire personnel, permettant d'éviter la blessure du facial. Je fais connaître pour cette opération une instrumentation nouvelle; et je termine ma communication en montrant que cette opération, loin de nuire, comme on pouvait le croire, à l'audition des malades, l'améliore, si on prend la précaution de ne pas toucher à l'étrier. Cet os restant en place, malgré l'ouver-

ture de la caisse, et l'ablation des autres osselets, les malades peuvent dans certains cas après cicatrisation entendre la montre à cinq centimètres de l'oreille, et la voix normale à deux mètres.

89. — **Autoplastie de l'aile du nez par glissement.** (Société de Chirurgie de 1901.)





J'ai présenté une malade chez laquelle j'ai pu, par glissement, refaire toute une aile du nez, qui avait été détruite par des lésions syphilitiques. Cette observation était intéressante pour montrer tout ce que peut donner ce procédé d'autoplastie.

90. — **Epilepsie Jacksonnienne produite par un gliome siégeant dans la substance corticale à l'extrémité inférieure du sillon prérolandique. Ablation du gliome. Guérison pendant deux ans.** (Congrès de Chirurgie, 1891.)

L'observation qui fait la base de ce travail a été reproduite dans bien des mémoires sur le même sujet. Elle était intéressante pour montrer la possibilité d'un diagnostic précis et les suites de cette intervention.

91. — **Opération d'Ogston pour Hallux Valgus.** (Société de Chirurgie, 31 mai 1893.)

J'apporte des faits en faveur de cette opération, qui permet de redresser un gros orteil en abduction.

CHIRURGIE ABDOMINALE ET GYNÉCOLOGIE

HÉMATOCÈLE PERIUTÉRINE

Un des premiers en France j'ai préconisé à la suite de Lawson Tait, la laparotomie comme voie de choix pour traiter l'hématocèle péri-utérine. Combattu au début par beaucoup de mes collègues, j'ai multiplié les communications, montrant les dangers de la voie vaginale pour l'évacuation du sang de l'hématocèle, et par contre la bénignité de la laparotomie. Ces interventions abdominales m'ont permis d'apporter de nombreuses pièces, servant à établir la pathogénie, en même temps qu'à rectifier certains points de l'anatomie, et de la symptomatologie de ces hématocèles. Je vois avec plaisir qu'à l'heure actuelle mes idées se sont de plus en plus répandues, et ont fait de nombreux adhérents.

92. — **De l'intervention dans l'hématocèle péri-utérine.** (Société de Médecine et Chirurgie pratique, 18 février, 1892.)

Dans ce mémoire, je combats l'expectation en présence d'une hématocèle, pensant qu'on a avantage dès qu'on cons-

tate l'enkistement, à moins qu'on ait affaire à une inondation péritonéale, qui vous force à intervenir encore plus rapidement, à aller chercher la source de l'hémorragie, et évacuer le sang. En attendant on doit craindre qu'il se produise une infection de cette masse sanguine, et que l'opération soit moins bénigne. Plus on opère vite, plus on est sûr d'avoir affaire à une lésion aseptique, qui vous permet de refermer le ventre sans drainage. La statistique que j'apporte à l'appui de ces idées est concluante.

Je montre enfin que toute hématocèle est liée, soit à une grossesse extra-utérine avec œuf, soit à une salpingite hémorragique. Les pièces de salpingite hémorragique que j'ai enlevées et confiées à M. Pilliet, lui ont montré en effet que toute salpingite hémorragique est due à une grossesse tubaire qui n'a pas évolué. Donc, toute hématocèle est liée à une grossesse extra-utérine. C'était la première fois que ces faits étaient affirmés aussi nettement. A l'heure actuelle, ils ne sont plus discutés. Je fais enfin remarquer que si on a parlé de marsupialiser la poche de l'hématocèle, cela tenait à ce qu'on opérait des hématocèles très anciennes, qui s'étaient enkystées. Mais en réalité il n'y a pas de poche. Le sang, au début, s'enkyste par les adhérences des intestins et de l'épiploon à l'utérus. En opérant de bonne heure, on ne trouve donc pas de poche, et il n'y a pas à penser à faire de marsupialation.

93. — **Présentation de pièces provenant d'une grossesse extra-utérine de la variété tubo-péritonéale.** (Société de Chirurgie, 4 novembre, 1891.)

94. — **Hématosalpinx. Présentation de pièces.** (Société de Chirurgie, 8 avril 1891.)

Cette pièce était intéressante, car il s'agissait, dans ce cas particulier, d'un hématosalpinx, que l'examen histologique avait rattaché à la rupture d'une grossesse tubaire, mais cet hématosalpinx s'était compliqué d'une hématocèle. La laparotomie faite quelques heures après le début de l'hématocèle nous avait permis de voir la source de l'hémorragie qui se faisait au niveau d'une des grosses veines rompues du plexus utéro-ovarien.

95. — **De l'intervention dans l'hématocèle péri-utérine.** (Congrès de Chirurgie, 1895.)

Je reprenais et développais les idées que j'avais exprimées en 1892, et apportais des observations au nombre de douze, démontrant la bénignité de la laparotomie, en même temps que ses avantages, si on comparait cette intervention à la simple incision du cul-de-sac, qui laisse après l'évacuation du sang des annexes malades, qui nécessitent quelquefois une nouvelle intervention.

Par des examens bactériologiques je montrais que bien que l'hématocèle se fut enkysté, cet épanchement sanguin restait le plus souvent aseptique, ce qui expliquait la bénignité de la laparotomie.

96. — **De la grossesse extra-utérine.** (Société de Chirurgie, 1896.)

Je cherche à établir les signes sur lesquels on peut faire le diagnostic entre une grossesse extra-utérine et une hématocèle. On peut arriver à faire ce diagnostic.

Toutefois il reste toujours très difficile de savoir si on a affaire à une hématocèle habitée, contenant fœtus et placenta pouvant saigner ou hématocèle liée à une salpingite hémorragique, grossesse tubaire qui n'a pas évolué. Dans le doute, le mieux est d'avoir recours à la laparotomie qui permet de se rendre compte de ce qui est, et n'expose pas aux hémorragies qui peuvent résulter de l'incision du cul-de-sac, quand on se trouve en présence d'une hématocèle habitée.

L'incision du cul-de-sac doit rester l'opération de choix, quand on craint l'infection de la poche sanguine.

97. — **Présentation de pièces de grossesses extra-utérine rompue, traitée par la laparotomie.** (Société de Chirurgie, 1896.)

Ces pièces viennent à l'appui des idées que j'ai soutenues que par la laparotomie seule, on peut évacuer le sang de l'hématocèle, et l'œuf, dont la rupture a produit l'hématocèle.

98. — **Statistique de 41 hématocèles traitées par moi par la laparotomie, colpotomie ou hystérectomie vaginale.** (Société de Chirurgie, 18 février 1900.)

J'apporte ma statistique personnelle pour permettre de juger la valeur des différents procédés d'intervention en cas d'hématocèles ou grossesse extra-utérine. Cette statistique se décompose ainsi : 29 laparotomies avec 2 morts pour hématocèle et une pour inondation péritonéale opérée exangue; 11 colpotomies, avec une mort par infection consécutive et 2 cas où des hémorragies graves ont succédé à l'incision du cul-de-sac, une nécessitant la laparotomie immédiate pour arrêter l'hémorragie; 3 hystérectomies dont une faite pour arrêter les phénomènes d'infection consécutive à la colpotomie.

Cette statistique était la justification des idées que j'ai soutenues.

PROLAPSUS UTÉRIN

99. — **Prolapsus utérin, pathogénie et traitement.** (Société de Chirurgie.)

Dans une longue communication à la Société de Chirurgie, reprenant les idées de Trélat, j'ai étudié les moyens de soutien de l'utérus; j'ai montré que celui-ci est surtout maintenu dans sa position normale par le muscle releveur de l'anus qui le maintient tant que sa tonicité musculaire

existe. Mais cette tonicité musculaire peut être diminuée ou détruite, soit par les actes physiologiques de la grossesse et de la parturition, soit par un état général lié à des troubles du système nerveux.

Dans ce cas, l'utérus n'étant plus soutenu se prolabe. Dans les prolapsus vrais de l'utérus, il faut donc non seulement refaire le plancher périnéal qui est un moyen de soutien, par la colpopérinéorraphie, mais encore, substituer au muscle releveur de l'anus un plan de résistance cicatriciel qu'on peut obtenir par l'hystérectomie, ou l'incision du cul-de-sac postérieur, et le drainage prolongé de ce cul-de-sac.

100. — **Prolapsus utérin chez les vierges.** (Congrès de Chirurgie, 1898.)

Travail dans lequel j'étudie les causes de prolapsus et l'influence des troubles nerveux sur cette ptose. Chez les vierges il se produit à la suite des attaques d'hystérie, d'épilepsie, ou dans le cours de maladies infectieuses graves, telles que la fièvre typhoïde où le système nerveux est manifestement atteint.

101. — **Du prolapsus utérin.** (Leçon clinique parue dans la *Semaine Gynécologique*, 1897.)

Dans une leçon je reprends toutes ces idées, les développe, et montre les relations du prolapsus utérin, avec le rein mobile, les entéroptoses, la scoliose, la tarsalgie, toutes ptoses d'origine connexe.

102. — Traitement chirurgical des retro-déviations utérines. (*Semaine Gynécologique.*)

Je commence par bien distinguer les rétro-versions des rétro-flexions utérines. Les premières sont des ptoses de l'utérus, que les ligaments suspenseurs insuffisants ne soutiennent plus. La rétroversion est le premier degré du prolapsus utérin. Les rétro-flexions sont des lésions symptomatiques d'une affection de l'utérus, métrite, ou des annexes. Les rétro-flexions sont maintenues par des adhérences qui prouvent qu'il y a eu paramétrite antérieure.

Si l'on peut avec l'opération d'Alquie-Alexander, remédier à la rétroversion, il est bon d'y ajouter la réfection du plancher périnéal généralement insuffisant. Pour les rétroflexions il faut faire la laparotomie qui seule permet de détruire les adhérences, de voir l'état des annexes et de terminer par une hystéropexie.

103. — Traitement du prolapsus utérin par l'incision et le drainage du cul-de-sac postérieur. (Congrès de Chirurgie, 1897.)

De l'étude que j'ai faite du prolapsus utérin, il ressort que l'utérus descend parce que le plancher musculaire formé par le releveur ne le soutient plus. Je montre qu'en drainant la cavité de Douglas on crée des adhérences qui forment un plancher fibreux, qui remplace le plancher musculaire faisant défaut. Ce drainage du cul-de-sac est donc une opération bénigne qui vient utilement s'adjoindre aux autres moyens préconisés pour obvier au prolapsus.

104. — **Traitement des suppurations pelviennes.** (Congrès de Gynécologie de Genève et *Semaine Gynécologique*, 1898.)

Je tâche, dans cette communication, de montrer d'après ma statistique personnelle, qui comprenait les années 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, ce qui me donnait 212 interventions pour suppurations pelviennes, qu'on ne doit pas vanter telle ou telle opération à l'exclusion de toute autre, et qu'on doit savoir être éclectique d'après les cas.

L'incision simple du cul-de-sac dans les phlegmasies récentes peut donner des succès et doit être tentée. Mais souvent il faudra faire consécutivement l'hystérectomie qui est l'opération de nécessité, quand la collection s'est ouverte dans l'intestin, lorsque l'utérus est fibromateux, ou bloqué dans une masse fibreuse diffuse résultat de pelvipéritonites successives. Mais si l'on a affaire à une lésion limitée, pyosalpinx, salpingo-ovarites suppurées, la laparotomie qui permet d'être sûr de faire une opération complète, de limiter son intervention, d'arriver plus que par l'hystérectomie à un résultat définitif, doit être préférée.

105. — **Valeur de l'incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations pelviennes** (Société de Chirurgie, 1898.)

D'après mes observations, je montre que si l'incision du cul-de-sac dans des cas où la collection est bien limitée peut donner dans quelques cas des guérisons, le plus souvent cette incision n'est qu'une opération d'attente qu'on doit compléter plus tard par une hystérectomie.

106. — **A propos de l'hystérectomie abdominale totale dans les suppuratione des annexes.** (Semaine Gynécologique, 1899.)

Je combats l'hystérectomie abdomidale systématique dans les lésions suppurées des annexes; montrant que la conservation de l'utérus rend service aux malades, leur permettant d'avoir encore leurs règles. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on doit se résoudre à cet exérèse complète.

TRAITEMENT DU CANCER UTÉRIN

107. — **Hystérectomie vaginale dans le cancer utérin.** (Société de Chirurgie, 1888.)

J'ai été parmi les premiers partisans de l'hystérectomie vaginale pour les cancers utérins. Cette opération me paraissait un progrès, et pour les cancers surtout au début devoir être préférée aux amputations du col, qui avaient encore leurs défenseurs.

108. — **De l'hystérectomie abdominale totale dans les cancers utérins.** (Congrès de Chirurgie, 1898; Société de Chirugie, 1899; Congrès d'Amsterdam, 1900.)

Plus tard l'hystérectomie abdominale m'a paru donner plus de chance pour retarder la récidive, et après M. Terrier

j'ai été un des premiers, en France, à préconiser la voie abdominale pour les cancers utérins. Cette voie permettant de faire de plus larges exérèses et au besoin d'enlever des ganglions, qu'on laisse toujours en se contentant de faire l'hystérectomie vaginale. J'ai défendu ces idées en 1898 au Congrès de Chirurgie, puis en 1899 à la Société de Chirurgie, et enfin en 1900 au Congrès d'Amsterdam de Gynécologie.

FIBROMES UTÉRINS

109. — **Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.** (Congrès de Chirurgie, 1893.)

Dans ce travail, je préconisais pour les tumeurs fibreuses ne s'élevant pas jusqu'à l'ombilic, la voie vaginale comme la méthode de choix.

110. — **Hystérectomie abdominale pour fibromes.** (Société de Chirurgie, 1898.)

Si pour les fibromes de moyen volume la voie vaginale est le traitement de choix, pour les fibromes un peu volumineux, il vaut mieux avoir recours à la laparotomie. Ce n'est pas la hauteur où s'élève le fibrome dans la cavité abdominale qui peut vous guider dans le choix de la voie que vous choisirez, mais plutôt la forme du fibrome. Tel fibrome s'élevant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic

pourra par morcellement être enlevé par la voie vaginale, tandis que tel autre ne dépassant pas la symphyse de deux travers de doigt ne le pourra pas, à cause de fibromes latéraux, ou de fibromes du col.

111. — **Indications opératoires des fibromes utérins.** (Congrès de Gynécologie d'Amsterdam, août 1899.)

Au Congrès d'Amsterdam, m'appuyant sur une statistique personnelle assez importante de 111 interventions pour fibromes, je cherche à établir les indications et les contre-indications du traitement opératoire des fibromes et des différentes opérations, par lesquelles on les a extirpés. Cette statistique comprenait en effet 53 hystérectomies vaginales avec 4 morts, 58 laparotomies avec 7 morts (6 opérations de Battey, 6 hystérectomies abdomino vaginales, 27 hystérectomies abdominales à pédicule externe, et 15 hystérectomies abdominales totales par différents procédés.

Je montre que la gravité de l'opération du fibrome, tient surtout à l'état général, dont le fibrome est une manifestation, mais qui se traduit souvent en même temps, par des lésions rénales, hépatiques, pulmonaires et cardio vasculaires. Aussi avant de décider une opération faut-il examiner la malade dans son ensemble, et si l'on trouve des lésions trop avancées, trop sérieuses des reins ou du cœur, ne se hasarder à opérer qu'en cas d'accidents graves, qui auraient résisté à toute autre manifestation. Ces notions de pathologie générale pour les fibromes ont une importance considérable pour soins consécutifs si on opère. Par le fait

de cette insuffisance rénale toujours à craindre, on doit avoir recours au régime lacté prolongé anté et post opératoire, et se défier comme pansements des substances antiseptiques irritantes, tels que l'iodoforme, qui facilement, donne des intoxications dans ces cas : le pansement aseptique doit être préféré.

Quant au choix du procédé opératoire je reprends les idées que j'avais développées à la Société de Chirurgie, disant qu'on doit en présence d'un fibrome être éclectique, que pour les fibromes de moyen volume, l'hystérectomie vaginale est l'opération de choix, celle qui expose le moins la malade, mais pour peu qu'on ait affaire à un fibrome latéralement ou postérieurement déformé, dépassant la grosseur d'une tête fœtale, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours. Tout en faisant connaître ma technique personnelle pour l'ablation de l'utérus par cette voie, je conclus en disant qu'il est bon d'avoir plusieurs procédés à sa disposition et de les varier suivant les cas.

---

112. — Thérapeutique et diagnostic des infections puerpérales. (Société de Chirurgie, 1901.)

Dans cette communication, j'ai cherché à montrer qu'on pouvait, par un ensemble de symptômes, faire le diagnostic différentiel des différentes infections puerpérales, classées d'après leurs origines microbiennes.

On peut ainsi distinguer : les infections à saprophytes des infections gonococciennes, des infections à streptocoques.

Je montre que dans cette dernière forme, comme l'injection s'est vite généralisée, on trouve des lésions loin de l'utérus, et qu'alors une hystérectomie n'a plus de raison d'être.

On pourrait plutôt la discuter pour les injections à saprophytes, mais là les curetages et les lavages antiseptiques, comme le montrent les statistiques des accoucheurs le plus souvent suffisent.

DES MÉTRITES

113. — **Traitement des endométrites.** (Société de Chirurgie, 26 mars 1890.)

Dans cette communication, je m'élève contre l'usage des crayons au chlorure de zinc, et signale les cas d'atrésie que peut occasionner la cautérisation au moyen de ces crayons.

114. — **Du traitement des métrites.** (Société de Médecine pratique, 1897.)

Dans une communication, j'étudie les meilleurs traitements de la métrite, et m'élève contre l'abus qu'on a fait du curetage dans ces derniers temps et qui ne doit pas être inconsidérément appliqué dans tous les cas.

115. — **Rapport sur un travail du Dr Boisseau du Rocher sur l'électrolyse à l'argent pour le traitement des métrites.** (Société de Chirurgie, 1897.)

Le travail de M. Boisseau du Rocher avait été fait avec des observations prises dans mon service. C'est donc en connaissance de cause, que j'ai pu parler de ce traitement, qui peut rendre des services dans un certain nombre de cas.

116. — **Leçons sur les métrites. Métrite gonococcienne.** (*Semaine Gynécologique*, 1898.)

De toute une série de leçons sur les métrites, j'ai publié celle-ci où j'expose des vues personnelles sur la marche, et la symptomatologie de la métrite, due à l'infection blennoragique.

Dans une première leçon je passe en revue les différents microbes qu'on peut trouver dans le vagin, et je montre la résistance du canal à l'infection, à moins d'écorchure, de traumatisme, de portes d'entrée qui se produisent accidentellement ou dans la puerpéralité. J'étudie l'influence des diathèses, qui préparent un milieu pour le développement de toute infection, et je rappelle les expériences de Bumm de Krönig, qui montrent que dans le vagin la sécrétion vaginale jouit de propriétés bactéricides assez manifestes.

Étudiant ensuite l'infection gonococcienne par de nombreuses observations, je montre que l'infection gonococcienne chez la femme, après avoir donné de l'uréthrite, de la vulvite, se cantonne surtout dans le cul-de-sac utérin, d'où elle envahit l'utérus.

Mais l'infection se comportera différemment suivant que la femme n'a pas eu d'enfants, ou qu'elle est accouchée. Le plus souvent, le gonocoque reste dans le col utérin ; sa présence est révélée par une mèche purulente, s'écoulant de l'orifice d'un col qui est sain d'aspect sauf au pourtour de l'orifice, où se voit un liséré rouge analogue au liséré du méat de l'urèthre de l'homme en puissance de blennoragie. C'est ce que j'ai appelé la goutte militaire de la femme.

Si la femme est accouchée, ou si elle accouche, l'orifice interne étant dilaté, l'infection se généralise presque sûrement dans tout le corps de l'utérus, et de là gagne les trompes.

J'insiste sur ce fait bien connu maintenant que l'adjonction des microbes de la suppuration favorise la généralisation de l'infection.

Ces notions ont une importance pratique considérable. Car si l'on constate l'intégrité du corps de l'utérus, et je donne les signes sur lesquels on peut faire ce diagnostic, on ne doit pas, si l'on constate cette mèche purulente gonococcienne, faire inconsidérément une hystérométrie, une dilatation, un curetage qui risquent de transporter le gonocoque au fond de l'utérus. Toutes ces opérations deviennent au contraire recommandables si l'utérus est infecté dans son entier.

117. — **Traitement des métrites.** (Société de Médecine et Chirurgie pratique, 1898.)

Je m'élève contre cette idée qui tendait alors à prévaloir, qu'il n'y a qu'un traitement à opposer à la métrite, le

curetage, comme si la métrite était une... Je montre au contraire que la métrite est due à des infections, et à des causes très multiples, qu'il y a plusieurs variétés de métrite, se distinguant anatomiquement, cliniquement, et bactériologiquement, et qu'à chacune il faut opposer un traitement variable, suivant l'étendue de la lésion, et la cause qui l'a produite.

118. — **Des pseudokystes du ligament large.** (*Semaine Gynécologique*, 1896.)

Dans ce travail, j'ai montré qu'un certain nombre de kystes qu'on regardait comme appartenant au ligament large, n'étaient qu'accolés à sa face postérieure. Cette constatation avait son importance pour le mode d'ablation de ces kystes.

119. — **Traitement des perforations rectales survenant au cours des laparotomies pour suppurations des annexes.** (Comptes Rendus du Congrès de Rome, 1894.)

Si au cours d'une laparotomie pour suppuration des annexes le rectum trop adhérent à la poche, est perforé, la conduite à tenir est de ne pas chercher à fermer par des points de suture, qui sur des tissus enflammés, ne tiennent pas; il vaut mieux immédiatement faire l'hystérectomie vaginale, établir ainsi un large drainage par en bas, et par la brèche faite par l'hystérectomie, introduire une grosse éponge, qu'on place en face la perforation rectale, et qui

l'obture pendant quarante-huit heures. Au bout de ce temps on enlève par la voie vaginale l'éponge, grâce au fil qu'on a mis et qui sort par le vagin, des adhérences se sont faites, qui protègent le reste de la cavité abdominale.

120. — **Diagnostic différentiel des annexites suppurées et non suppurées.** (*Semaine Gynécologique*, 1901.)

J'attire l'attention sur la valeur diagnostique des deux signes suivants, la mobilité utérine, et l'unilatéralité. Ces deux signes sont symptomatiques de lésions non suppurées, salpingite hémorragique, ou petit kyste de l'ovaire. La bilatéralité des lésions jointe à la mobilité est en faveur d'ovaires kystiques. La bilatéralité, fixation de l'utérus, et la douleur quand on le déplace permettent, au contraire, de faire le diagnostic de lésions suppurées.

VOIES BILIAIRES

121. — **Communication sur la valeur diagnostique de l'état de la vésicule biliaire dans les oblitérations du canal cholédoque.** (Société de Chirurgie, 14 décembre 1892.)

Dans cette communication, nous apportons, à l'appui de l'opinion soutenue par MM. Terrier et Courvoisier, une série d'observations démontrant, qu'en cas d'oblitération du canal cholédoque, l'atrophie ou la dilatation de la vési-

cule biliaire ont une valeur diagnostique considérable : l'atrophie est plutôt en faveur d'une oblitération calculeuse, et la dilatation se trouve plutôt dans les cas de cancer pancréatique comprimant le canal.

122. — **Kyste hydatique suppuré du foie. Ouvert dans le péritoine. Laparotomie. Guérison.** (Congrès de Chirurgie, 1894.)

Je montrais par cette observation les dangers des ponctions des kystes hydatiques du foie. L'orifice de la ponction peut ne pas se refermer, et si le liquide contenu dans le kyste est septique, il peut en résulter comme dans le cas que je citais une péritonite, que je fus heureux de guérir par la laparotomie.

123. — **Des ruptures spontanées des voies biliaires.** (Congrès de Rome, 1894.)

En présence de ces accidents, dont j'étudiais la symptomatologie, je préconisais la laparotomie précoce, et citais un succès personnel à l'appui de cette manière de faire.

124. — **De la cholédocotomie sans sutures.** (Congrès de Chirurgie, 1899.)

Je viens avec M. Quénu défendre l'opération conçue par Parkes en 1885, et qui consiste dans les cas de calcul du cholédoque, à inciser ce canal sur le calcul, extraire celui-ci, et après son extraction se contenter d'un drainage bien

fait sans essayer de suturer le canal incisé. Celui-ci se referme de lui-même, et sa lumière se rétablit, ainsi que l'avaient prouvé les expériences de Claude Bernard, qui, dans ses leçons de physiologie expérimentale, montrait combien il était difficile de maintenir une fistule du cholédoque, celle-ci se fermant toujours.

125. — **Du danger de la ligature à la soie dans les épiploïtes enflammées.** Accidents consécutifs. Thérapeutiques. (Congrès de Chirurgie, 1895.)

Dans cette communication, j'insistais sur ce fait souvent méconnu, qu'il ne suffit pas de placer des fils de ligature aseptiques, pour être à l'abri d'accidents; il faut encore que le milieu, où on les place, soit aseptique. Autrement ces fils, si ce sont des fils de soie s'infectent, et donnent lieu dans ce cas particulier à des abcès épiploïques dont le traitement présente certaines difficultés. Il est donc préférable de se servir de fils de catgut résorbables, qui vous exposeront moins à pareils accidents. Je citais deux observations d'abcès épiploïques où j'étais intervenu avec succès. Ces faits ont été confirmés par les observations ultérieures de MM. Monod et Morestin.

126. — **Ptose du gros intestin. Valeur séméiologique d'un point douloureux dans l'hypochondre gauche.** (Bulletin de la Société de Médecine et Chirurgie pratique de Paris, février, 1900.)

Dans ce mémoire, j'attire l'attention sur une douleur tantôt permanente, tantôt temporaire que les malades loca-

lisent dans l'hypocondre gauche, à la partie inférieure de la cage thoracique, dans un point qui correspond au bouton de bretelle chez l'homme, à la pression du corset chez la femme, et anatomiquement au niveau de la première, ou seconde fausse côte gauche. Cette douleur est due à ce que les gaz dans un côlon transverse abaissé stagnent à cause de l'exagération par la ptose de l'angle que forme le côlon transverse avec le côlon descendant, et la douleur est due à cette distension gazeuse de l'intestin. Par le massage abdominal et une hygiène spéciale, on peut faire disparaître cette douleur, ou tout au moins soulager notablement les malades.

APPENDICITE

Dès que l'attention a été attirée sur les lésions de l'appendice, je me mis à étudier cette affection, à chercher à contribuer pour ma part à en assurer le diagnostic, et l'anatomie pathologique ; en même temps, analysant toutes les observations qu'il m'a été donné de recueillir, je tâchais au milieu de toutes les opinions contradictoires qui ont été émises, de reconnaître quel était le meilleur mode de traitement de cette affection.

127. — **Appendicite tuberculeuse.** (Société de Chirurgie, 2 mars 1892.)

Dans cette communication j'attire en même temps que M. Terrier l'attention sur les appendicites tuberculeuses,

dont je cite plusieurs observations. Ces faits sont aujourd'hui bien connus et classiques.

128. — **Sur la conduite à tenir en présence d'abcès appendiculaires.** (Société de Chirurgie, 1893.)

Je cherche à montrer qu'en cas d'abcès le meilleur mode d'intervention est de se contenter d'ouvrir l'abcès, sans chercher l'appendice s'il ne se présente pas immédiatement et se garder de recherches trop prolongées qui pourraient détruire des adhérences.

129. — **Sur la pathogénie de l'appendicite.** (Société de Chirurgie, 1896.)

Discutant la pathogénie de l'appendicite, j'apporte une série d'observations, où je montre que si dans quelques cas on trouve l'appendice fermé et formant vase clos, souvent par contre on trouve sa lumière libre, et on est obligé de penser plutôt à une folliculite, point de départ d'une lymphangite, dont la marche variera suivant le microbe qui sera en jeu, et le terrain sur lequel elle se développe.

130. — **Traitement de l'appendicite.** (Société de Médecine et Chirurgie pratique, 1896.)

Dans deux longues communications, j'étudie quel est le meilleur moment de l'intervention dans les appendicites. Ce travail était basé sur 40 observations personnelles. J'arrivais

à conclure que l'on avait plus d'avantage à tenter le refroidissement de l'inflammation péritonéale, qu'à intervenir systématiquement dans tous les cas, à quelque moment qu'on ait été appelé. Je montrais tout ce qu'on pouvait attendre du traitement par l'immobilisation, et l'application *bien faite* et *consciencieuse* de la glace. A l'époque où je conseillais ces applications de glace, je me trouvais le premier si ce n'est à faire, tout au moins à préconiser ce mode de traitement, auquel s'est ralliée la grande majorité de mes collègues.

131. — **Id.** (Société de Chirurgie, 1899.)

Ce sont ces mêmes idées que j'ai défendues à la Société de Chirurgie en 1899. Alors que notre Société se divisait en ceux qui intervenaient dès qu'ils avaient porté le diagnostic d'appendicite, et ceux qui pensaient qu'il y avait, dans la grande majorité des cas, intérêt à faire refroidir, je me suis rangé du côté de ces derniers, et j'ai pensé qu'on devait discuter son intervention et n'intervenir que dans des cas très déterminés en recourant à la clinique comme guide.

132. — **Id.** (Congrès de Chirurgie, 1900.)

La même question mise à l'ordre du jour au congrès de 1900. J'ai repris la parole pour défendre les mêmes idées, les accentuant, en citant un certain nombre d'observations où, appelé auprès de malades en péritonisme généralisé, j'ai pu grâce à l'application de la glace bien faite, grâce aux injec-

tions de sérum, arriver à la localisation, et soit opérer un abcès localisé dans des conditions favorables, soit attendre le refroidissement. Comparant dans ces cas graves ma statistique à celle des opérateurs, j'ai fait voir que l'avantage restait d'une façon sensible, du côté de ceux qui suivaient ma manière de faire. Les statistiques de M. Jalaguier, rapporteur, étaient concordantes avec les miennes.

133. — (*Progrès Médical*, 1901.)

C'est la comparaison de ces statistiques, qu'il m'a été donné de faire en 1901, dans le *Progrès médical*, et dans une réponse que je faisais à un des défenseurs les plus convaincus de l'intervention rapide et systématique, je lui montrais que la conduite qu'il préconisait ne donnait pas les mêmes succès que celle que je défendais depuis si longtemps.

134. — **Quand doit-on opérer une appendicite à froid**. (Congrès de Chirurgie, 1900.)

Apportant des observations à l'appui de mon travail, je cherche à montrer que le refroidissement d'une appendicite ne se produit que d'une façon très variable, dépendant de la forme, de la violence de l'attaque, et surtout du microbisme. Telle appendicite peut être opérée sans danger, au bout de vingt jours; telle autre doit attendre des mois avant qu'on n'y touche, sous peine de réveiller des accidents graves.

135. — **Occlusion intestinale.** (*Société de Chirurgie*, 1897.)

Dans cette communication, je défends cette idée que dans la grande majorité des cas, en étudiant bien son malade, on peut arriver au diagnostic de la cause de l'occlusion. Quant au traitement, l'anus contre nature n'est indiqué que si le malade est très faible, dans un milieu où toute l'asepsie nécessaire pour la laparotomie est insuffisante. Autrement il vaut mieux avoir recours à la laparotomie qui permet de reconnaître exactement la nature de l'obstacle, et de guérir dans quelques cas, sans créer avec un anus contre nature une infirmité dégoûtante.

136. — **Rapport sur un procédé nouveau de gastrostomie de M. Souligoux, et sur un cas de sténose œsophagienne d'origine congénitale.** (*Société de Chirurgie*, 1901.)

Chargé de faire un rapport sur un procédé nouveau de gastrostomie, où M. Souligoux obtient la continence de la bouche stomacale par la torsion des parois stomacales, je me prononce pour cette opération que j'ai faite, avec plein succès. Mais ce rapport a été pour moi l'occasion d'étudier les rétrécissements congénitaux de l'œsophage, d'en rapporter un certain nombre d'observations et de montrer quelle est leur symptomatologie.

137. — **Rapport sur une observation présentée par M. Courtin, de hernie du cæcum.** (Société de Chirurgie, 1896.)

Ce rapport m'a donné l'occasion de faire un travail sur la hernie du cæcum, et de rechercher comment se produit la descente de cette portion du gros intestin dans un sac inguinal. Avec Scarpa je défends cette idée que cette hernie est rarement primitive, et a été précédée d'une hernie de l'intestin grêle. C'est la traction exercée par la sortie de l'intestin sur le péritoine pariétal, qui déplace et attire le péritoine de la région cæcale dans le sac, et en même temps le cæcum, qui lui est fixé par son méso.

Toute grosse hernie nécessite un sac volumineux, celui-ci ne se développe qu'au dépens du péritoine pariétal, qui est attiré comme en dehors, de l'anneau inguinal par augmentation du sac. C'est par glissement qu'il attire avec lui le cæcum.

OBSERVATIONS ET COMMUNICATIONS DIVERSES

138. — **Atrophie du cervelet.** (Société Anatomique, 1879.)

Cette observation était intéressante au point de vue physiologique, car la malade, à l'autopsie de laquelle on avait trouvé cette atrophie, n'avait présenté pendant sa vie qu'un très léger degré de titubation dans la marche.

139. — **Hernie ombilicale opérée d'après la méthode de Lister.** Considération sur la mort arrivée par parésie intestinale. (Société Anatomique, 1877.)

140. — **Mort par ulcération de l'artère vertébrale dans un mal de Pott sous-occipital.** (Société Anatomique, 1879.)

141. — **Mal de Pott. Paraplégie incomplète et passagère. Pachyméningite externe.** (Société Anatomique, 1879.)

142. — **Rétrécissement de l'urèthre. Pyélo-néphrite.** (*Archives de Médecine*, 1875, 1879.)

Disparition presque complète de la cavité vésicale par épaississement des parois dû à la cystite interstitielle.

Ce cas de cystite interstitielle arrivée à ce degré est très rare. J'en ai fait une étude plus complète dans les *Archives de Médecine*, 1879.

143. — **Anévrysme du tronc basilaire.** (Société Anatomique, 1879.)

144. — **Observation de goitre traité par la teinture d'iode** avec amélioration. (*Archives du Larynx*, 1878.)

145. — **Myosite syphilitique.** (*Archives de Médecine*, 1879.)

146. — **Pneumonie infectieuse.** Observation publiée. (Société de Médecine et Chirurgie pratiques, 1896.)

147. — **Conférence sur l'asepsie.** (Bulletin de la Société de Médecine et Chirurgie pratiques, 1890.)

Dans cette conférence, après avoir fait l'historique de l'antisepsie, j'ai insisté sur la nécessité de s'occuper encore plus de l'asepsie que de l'antisepsie qui, jusqu'à un certain point,

est illusoire; car les antiseptiques assez puissants pour détruire les microbes, détruisent également les cellules humaines. On ne peut donc faire qu'une antisepsie relative. A l'époque où cette conférence a été faite, ces idées étaient neuves, car beaucoup croyaient encore uniquement à l'antisepsie.

148. — **Leçon d'ouverture du cours de clinique annexe.** (Hôpital Lariboisière, 10 avril 1897.)

149. — **Rapport sur les travaux de la Société de Chirurgie, en 1898.**

PRÉSENTATIONS DE MALADES

150. — **Angiome de la joue.** (Société de Chirurgie, 26 décembre 1883.)

151. — **Double genu valgum.** (Société de Chirurgie, 28 mai 1890.)

152. — **Résection de l'extrémité supérieure du fémur pour fracture du col non consolidée.** (Société de Chirurgie, 3 juin 1891.)

153. — **Traitement de la scoliose par la méthode de Sayre.** (Société de Chirurgie, 2 novembre 1892.)

154. — **Arthrite fongueuse du genou, guérie par les injections de chlorure de zinc au dixième.** (Société de Chirurgie, 30 novembre 1892.)

155. — **Ostéomyélite chronique centrale suppurée diffuse du péroné. Ablation de toute la diaphyse osseuse. Régénération de l'os.** (Société de Chirurgie, 1887.)

Chez ce malade il s'agissait d'une ostéomyélite centrale suppurée diffuse de la diaphyse, consécutive à une ostéomyélite épiphysaire. Au point de vue clinique et anatomique cette observation, qui montrait les résultats tardifs de ces inflammations et leur diffusion, était intéressante. Elle le devenait encore plus par les suites de l'opération, qui fut une résection complète de la diaphyse péronière, suivie de la régénération de l'os. Ce travail fut l'objet d'un long rapport de M. Schwartz.

156. — **Résection de la veine saphène pour ulcères variqueux, avec guérison.** (Société de Chirurgie, 1er mars 1893.)

157. — **Fracture de la rotule**, traitée trois ans auparavant avec succès par la Griffe de Duplay. (Société de Chirurgie, 22 avril 1896.)

158. — **Suture de la rotule.** Résultat parfait. (Société de Chirurgie, 30 décembre 1897.)

159. — **Gastrotomie**, pour un pinceau dans l'estomac. (Société de Chirurgie, 18 mai 1898.)

160\. — **Ostéoarthrite bacillaire du métatarse et du tarse antérieur.** Opération de Pasquier Lefort. (Société de Chirurgie, 8 juin 1898.)

161\. — **Plaie pénétrante de l'abdomen.** Issue de $1^m,50$ d'intestin grêle, perforations multiples de l'anse herniée, guérison. (Société de Chirurgie, 1er mars 1899.)

162\. — **Balle extraite avec l'appareil de M. Contremoulin.** (Société de Chirurgie, 1901.)

Un des premiers, je me suis servi de cet excellent appareil, et ai pu en préconiser l'emploi.

PRÉSENTATIONS DE PIÈCES

163. — **Salpingite purulente double, volumineuse extirpée.** (Société de Chirurgie, 5 novembre 1890.)

Une des poches a été déchirée au cours de l'opération, le pus qu'elle contenait s'est écoulé et a souillé le péritoine. Grand lavage antiseptique avec l'eau boriquée chaude. Guérison.

164. — **Salpingite tuberculeuse.** (Société de Chirurgie, 29 avril 1891.)

165. — **Anévrysme poplité extirpé complètement.** (Société de Chirurgie, 16 décembre 1891.)

166. — **Myxo adénome du col utérin.** (Société de Chirurgie, 27 juillet 1892.)

Pièce très intéressante à cause de sa rareté.

167. — **Kyste dermoïde de l'ovaire.** (Société de Chirurgie, 15 février 1893.)

168. — **Doigt amputé pour sphacèle,** causé par une constriction très courte exercée par une bague. (Société de Chirurgie, 4 octobre 1893.)

169. — **Tumeur fibreuse de l'utérus,** du poids de 16 kilogrammes enlevé à une femme de cinquante-sept ans. (Société de Chirurgie, 26 avril 1894.)

170. — **Appendice enlevé à froid**. (Société de Chirurgie, 4 mars 1896.)

171. — **Trépanation pour abcès cérébral consécutif à des lésions de l'oreille moyenne**. (Société de Chirurgie, 20 janvier 1897.)

172. — **Calcul rénal enlevé par néphrotomie lombaire**. (Société de Chirurgie, 1er juin 1898.)

Ce calcul était exceptionnel comme grosseur. Il pesait 650 grammes et était composé de phosphate ammoniaco-magnésien.

173. — **Adénome du rein.** (Société de Chirurgie, 8 mars 1899.)

175. — **Rein enlevé pour hématurie grave consécutive à une contusion rénale.** (Société de Chirurgie, 11 janvier 1899.)

176. — **Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus.** Fraction intra-articulaire guérie par le massage. (Société de Chirurgie, 15 février 1899.)

Pièce intéressante venant à l'appui de la théorie du massage dans les fractures articulaires.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Canule pour la gastrotomie.

Canule destinée à rester à demeure dans l'ouverture pratiquée par la gastrotomie. Après l'introduction de la canule, quatre valves peuvent par un mécanisme particulier se relever à angle droit dans la cavité stomacale et fixer la canule. Cette canule est surtout utile pour les expériences de physiologie, lorsqu'on veut établir une fistule gastrique. (Société de Chirurgie, 25 mars 1891.)

Pinces pour hystérectomie vaginale. (Société de Chirurgie, 1893.)

Présentation d'une pince à forcipressure pour hystérectomie vaginale construite par M. Gudendag sur mes indications. Cette pince diffère par son mode de fermeture de celles dont on se sert généralement pour saisir le ligament large et les laisser à demeure. La crémaillère qui ferme la pince est disposée de telle sorte qu'on peut en pres-

sant légèrement dessous, desserrer les mors, sans éprouver les difficultés qu'on rencontre avec les pinces ordinaires lorsqu'on veut les enlever au bout de quarante-huit heures.

Grands écarteurs abdominaux pour maintenir les anses intestinales dans les laparotomies.

Trépan protecteur, pour l'ouverture du canal pétro-mastoïdien. (Congrès de Chirurgie, 1897.)

Ce trépan a pour but d'éviter la blessure du nerf facial, et faciliter l'ouverture toujours dangereuse de ce canal.

Tracteur nouveau. (Société de Chirurgie, 1898.)

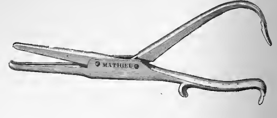
Ce tracteur doit dans les gouttières de Bonnet remplacer les poids; il fait la traction grâce à un ressort à boudin, qu'on comprime au moyen d'une vis entre deux cylindres de cuivre qui s'emboitent. Sur un des cylindres existe une graduation pour se rendre compte de la force déployée.

Coussin pour escarres sacrées. (Congrès de Chirurgie, 1901.)

Ce coussin en forme de croissant a l'avantage de laisser la plaie sacrée dans le vide ce qui facilite la guérison.

Angiotripteur. (Société de Chirurgie, 1898.)

J'ai présenté à la société de Chirurgie des pinces faites sur mes avis par M. Mathieu pour la forcipressure des vaisseaux.



Avec ces pinces on comprime avec une force évaluée à 1.200 kilogrammes.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 2511.